

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 101

Les Indications chirurgicales dans la lithiase vésiculaire

d'après les travaux contemporains
de langue Allemande

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

André JIROU

Né le 12 Janvier 1907, à Rouen (Seine-Inférieure)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Tél. : Parmentier 32-55

LYON

1932

**Les Indications Chirurgicales
dans la lithiase vésiculaire**

**d'après les travaux contemporains
de langue Allemande**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932 - 1933 — N° 101

Les Indications chirurgicales dans la lithiase vésiculaire

d'après les travaux contemporains
de langue Allemande

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Décembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

André JIROU

Né le 12 Janvier 1907, à Rouen (Seine-Inférieure)

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

Tél. : Parmentier 32-55

LYON

1932

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X. (BONNET, agrégé chargé de cours
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée, et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon.)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	DECHAUME	GUILLEMINET
RHENTER	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
SANTY	MARTIN (J.)	CHAMBON	REVOL (Ch.)
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	ENSELME (Ch.)
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	SEDALLIAN (Ch.).
DUMAS	GATE		

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MM. BÉRARD, *Président* ; SANTY, *Assesseur*
MM. GABRIELLE et GUILLEMINET, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE MEDECIN-COLONEL JULES JIROU

Il n'a pu voir se réaliser ses rêves
les plus chers. Il a été pour moi un
père affectueux et un guide averti.

Sa vie est pour moi le plus bel
exemple.

A LA MÉMOIRE DE MES CHERS DISPARUS

A MA MERE

Depuis ma plus tendre enfance, elle
m'a entouré de son infinie tendresse.
Elle n'a hésité devant aucun sa-
crifice. Qu'elle trouve ici le faible
témoignage de ma profonde affection
et de ma reconnaissance.

A MA GRAND-MÈRE

A MA SOEUR

Elle a été une traductrice fidèle et
ne m'a pas épargné sa peine.

A SON MARI

A MON FRÈRE

Ils m'ont toujours donné le meil-
leur de leur affection.

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERARD

*Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Lyon*

Associé national de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse. Qu'il veuille bien agréer l'ex-
pression de notre profonde recon-
naissance et de notre grand respect.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR MALLET-GUY

*Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Lyon*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a prodigué ses précieux conseils. Nous avons toujours reçu de lui l'accueil le plus affable. Il ne nous a ménagé ni son temps, ni sa peine. Nous lui exprimons nos remerciements et lui garderons une profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL FERRON

Il s'est toujours intéressé à nos études. Il nous a toujours témoigné sa sollicitude.

AUX DOCTEURS

BOISSIER, BLUMSTEIN, GREMILLET, EUGÈNE FERRON,

HUBERT, MEYER,

à CHARLES KLEIN, *pharmacien*.

A MES AMIS ET A MES CAMARADES

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX CIVILS DE STRASBOURG

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE LYON

A NOS MAITRES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

A NOS MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES

Je dédie ce modeste travail.

AVANT-PROPOS

Les indications chirurgicales de la lithiase vésiculaire ne semblent pas avoir encore retiré des méthodes d'exploration fonctionnelle des voies biliaires une contribution bien importante.

Le tubage duodénal en particulier est surtout exclusivement pratiqué par des médecins qui espèrent de cette méthode de drainage de la vésicule et des voies biliaires un recul des indications opératoires.

Quant à la cholécystographie, elle n'est guère utilisée que pour affirmer une lésion vésiculaire ou une lithiase, sans qu'on cherche, semble-t-il, à lui demander des renseignements sur le fonctionnement de la vésicule, donc des renseignements sur le type d'opération qui serait indiqué.

MM. BERARD et MALLET-GUY ont recherché dans quelle mesure les indications classiques pouvaient être modifiées par ces méthodes.

Dans un article paru dans le *Journal de Médecine de*

Lyon et intitulé « Epreuve de Metzer-Lyon et indications chirurgicales », ils étudient les signes fournis par la méthode d'Einhorn, et en donnent une interprétation clinique. Ils veulent voir substituer aux cadres anatomo-pathologiques, une classification physiopathologique des vésicules malades.

Ils se sont demandé notamment, s'il ne conviendrait pas de distinguer au point de vue des indications opératoires un type particulier de lithiasé vésiculaire, qu'ils individualisent sous le nom de lithiasé aseptique, ou mieux de lithiasé sans cholécystite.

Ce type de lithiasé se définit nettement d'après ces auteurs, par la conservation de la fonction vésiculaire, tant au tubage duodénal qu'à la cholécystographie, qui montre à l'emporte-pièce dans l'ombre du cholécyste la projection claire des calculs.

Et dans l'ignorance où l'on se trouve actuellement du rôle de la paroi de la vésicule dans la formation des calculs vésiculaires, ils se demandent si l'on ne pourrait pas concevoir chez de tels malades, une intervention à la fois précoce et conservatrice, qui enlevant les calculs et drainant temporairement la vésicule, supprimerait, et le syndrome douloureux actuel, et le risque ultérieur d'infection vésiculaire.

La littérature médicale française semble muette à ce sujet, comme nous l'a fait remarquer M. le Docteur Mallet-Guy. Il nous a proposé de rechercher dans l'abondante littérature allemande contemporaine, s'il n'y avait pas une tendance à cette opération précoce, préventive des complications infectieuses de la lithiasé, et dont l'indication est à la fois dictée et légitimée par

les résultats de l'exploration fonctionnelle de la vésicule.

Guidés dans nos recherches par le Docteur Mallet-Guy, nous nous sommes efforcés de retrouver et de rapporter aussi fidèlement que possible, ce que les auteurs de langue allemande ont écrit sur ce sujet dans la période contemporaine.

Tâche lourde et semée d'embûches dont nous avons essayé de nous tirer avec l'aide de traducteurs de talent que nous avons trouvés dans notre famille et à l'Ecole du Service de Santé en la personne de notre camarade Vosselmann.

La réalisation en reste forcément incomplète. Mais nous croyons avoir contribué à faire connaître des idées qui sont nouvelles dans la littérature médicale française.

Dans ce modeste travail, nous ne nous occuperons que de la question des indications opératoires dans la lithiase biliaire, selon la conception allemande. Nous laisserons de côté la partie purement technique. Nous ne parlerons que des indications opératoires à froid.

Ce que nous avons lu nous a montré la tendance unanime pour « l'opération précoce dans les accès », selon l'expression allemande, et pour la cholécystectomie.

Cette tendance rejoint les idées déjà exprimées par M. le Professeur LERICHE et dont ses élèves BAUER et HAKKI, dans la Revue de Chirurgie, en 1931, ont publié les résultats pratiques.

Conceptions aujourd'hui classiques en France des indications chirurgicales dans la lithiase vésiculaire

Aujourd'hui, en France, il semble que tous les chirurgiens soient cholécystectomistes.

La très importante thèse de M. COTTE, en 1908, marque une époque dans les conceptions françaises de la chirurgie de la lithiase. Elle a pour beaucoup contribué à l'adoption de la cholécystectomie. « Dans la lithiase vésiculaire, dit-il, qu'il s'agisse de cholécystites aiguës ou chroniques, le traitement de choix, c'est la cholécystectomie, car, dans la majorité des cas, il existe des lésions de la vésicule, qui empêchent d'en faire la conservation. La cholécystostomie et la cholécystendyse doivent être des opérations exceptionnelles. »

Les travaux contemporains avec GOSSET, LECENE, VILLARD, nous indiquent la même tendance.

DUCLOS, en 1926, dans sa thèse, comparant les résultats de la cholécystostomie et de la cholécystectomie, écrit : « ...C'est la cholécystectomie que nous préférons, réservant la cholécystectomie aux contre-indications et aux cas assez rares où peut être tentée une cholécystotomie idéale : femme jeune, vésicule peu infectée, calculs unique ou très peu nombreux. »

Si M. Villard admet ainsi quelques rares indications de la cholécystotomie, Lecène n'en admet pas. Quand on lit ce qu'a écrit cet auteur, opinion qu'on peut considérer comme l'opinion classique, on est obligé de constater qu'en France on n'est pas partisan de l'« opération précoce » ni de la cholécystostomie.

Lecène, dans le *Traité de Thérapeutique Chirurgicale*, dit :

« L'intervention du chirurgien ne sera rendue nécessaire que dans deux circonstances bien définies :

1° Lorsqu'il existe des accidents d'infection vésiculaire (cholécystites calculeuses aiguës ou subaiguës) avec toutes les complications auxquelles elle peut donner naissance, l'intervention immédiate est imposée par l'importance des accidents d'infection générale et locale.

2° Lorsque des douleurs rebelles ou des accidents dyspeptiques graves ne sont pas nettement améliorés par le traitement médical », « il me semble très sage, dit-il, de *conseiller* l'intervention chirurgicale », grâce à la bénignité actuelle des cholécystectomies faites à froid.

Dans les cas d'hydrocolécyste par oblitération du cystique, la cholécystectomie s'impose.

Il y a des cas de lithiase vésiculaire où les indications sont plus difficiles à poser :

Dans les cas de lithiase avec douleurs rebelles ou troubles dyspeptiques graves.

Sur le choix de l'opération, il écrit :

« La cholécystostomie n'a plus, aujourd'hui, que des indications extrêmement rares en cas de lithiase vésiculaire. »

Ces règles sont basées :

— Sur les idées que l'on se fait de la pathogénie de la lithiase biliaire : le calcul se forme dans la vésicule.

— Sur les statistiques de la mortalité opératoire dans la cholécystéctomie : 1-2 %.

— Sur la valeur des résultats éloignés.

« La cholécystostomie donne en général de moins bons résultats éloignés et expose beaucoup plus aux récurrences que l'ectomie. »

« Il est certain aujourd'hui que la cholécystectomie est l'opération de choix dans la lithiase vésiculaire. »

Et, sur le moment le plus propice à l'opération, GOSSET, dans une communication à la Société Nationale de Chirurgie, en 1930, nous donne les réflexions que lui suggère son expérience :

Deux catégories de malades lithiasiques réclament l'intervention :

Les ictériques ;

Les non ictériques.

Les ictériques fébriles doivent être opérés en pleine fièvre, parce qu'ils ne laissent pas le loisir d'attendre.

Les ictériques qui sont restés apyrétiques ou à peu près apyrétiques peuvent être opérés dans une période d'accalmie relative.

Quand doit-on opérer un malade, sans fièvre, sans ictère, présentant des crises de coliques hépatiques ?

« Lorsque les crises, par l'intensité de la douleur, par leur durée, leur répétition, diminuent la vitalité d'un malade, entravent son activité, lorsque surtout on note un amaigrissement progressif. »

« On pourrait dire qu'en voyant un malade qui a de fréquentes crises vésiculaires, il faut non seulement penser à la vésicule, mais à l'avenir qui menace le cholédoque et faire pour celui-ci, sur la vésicule, de la thérapeutique prophylactique. »

Quand la vésicule ne contient pas de calculs, si elle est petite, rétractée il faut la considérer comme n'existant pas.

Si elle contient des calculs, il convient de faire une cholécystectomie. »

PREMIÈRE PARTIE

**Les documents contemporains
de langue Allemande**

L'évolution de la question en Allemagne jusqu'en 1923

Nous n'entreprendrons pas de passer en revue l'évolution des idées depuis la première intervention de Langenbuch, en 1884, jusqu'à nos jours. Nous ne voulons pas remonter aux origines, reprendre l'enquête de M. COTTE dans sa thèse très documentée sur les travaux des auteurs allemands. Nous tiendrons les conclusions de cet ouvrage comme représentant les idées allemandes en 1908 :

1. L'opération est indiquée dans les cholécystites aiguës lithiasiques.

Dans les formes simples il faut attendre. Mais toujours opérer au plus vite dans les formes graves, purulentes ou gangréneuses ; dans ces cas, on fera une cholécystectomie immédiate avec drainage de l'hépatique.

2. Dans les cholécystites chroniques récidivantes il faut opérer et faire le drainage des voies biliaires. Re-

lèvent encore de l'opération les empyèmes de la vésicule : là, intervenir rapidement.

Dans l'hydropisie de la vésicule opérer de préférence.

Dans l'hydropisie intermittente il faut faire une ectomie si la vésicule ne porte pas de lésions inflammatoires et une cholécystostomie s'il y en a.

Dans les affections lithiasiques chroniques de la vésicule, d'une façon générale on fera :

— la cholécystostomie avec drainage dans tous les cas de vésicule infectée ;

— la cholécystectomie s'il n'y a aucune trace d'inflammation récente.

« Dans la lithiasie vésiculaire, qu'il s'agisse de cholécystites aiguës ou chroniques, le traitement de choix, c'est la cholécystectomie, car, dans la majorité des cas, il existe des lésions de la vésicule, qui empêchent d'en faire la conservation. La cholécystostomie et la cholécystendyse doivent être des opérations exceptionnelles. »

En Allemagne, beaucoup de chirurgiens, avant 1908, sont intervenus pour lithiasie biliaire, et la majorité s'en est tenue aux règles suivantes :

Posent une indication absolue les cas de cholécystite aiguë où le traitement médical est impuissant, les empyèmes, fistules, cancers de la vésicule, tous les cas de danger de mort par « perforation ulcéralive » et blessures des voies biliaires.

Posent des indications relatives les cholécystites chroniques. C'est déjà étendre les indications.

KOERTE en 1902, a été un des premiers à faire et à recommander en principe l'intervention dans l'accès, pour cholécystite aiguë grave.

KOENIG, en 1900, est intervenu souvent dans les cholécystites lithiasiques graves et pense avoir tiré bien des gens d'affaire. Mais il se refuse à opérer les cas de lithiase biliaire bénigne comme déjà certains chirurgiens le proposent.

RIEDEL, en 1903, prend position dans la question de l'« intervention précoce ». Il insiste sur le fait que l'évolution de la lithiase est imprévisible et souhaite de voir des statistiques indiquant si la lithiase biliaire simple, sans infection (au moins au point de vue clinique), est capable de régresser d'elle-même et pour combien de temps.

Pour ce chirurgien seulement, dix pour cent des lithiases biliaires doivent être traitées médicalement. Mais quatre-vingt-dix pour cent nécessitent une opération si l'on veut réellement guérir le malade. Il voudrait voir enlever les calculs avant qu'ils aient pénétré dans le cholédoque et avant qu'ils ne provoquent le stade dangereux de la maladie.

Un des premiers, il montre les dangers de l'extension de l'infection dans les poussées de cholécystite aiguë, quand l'infection se propage à toutes les voies biliaires, au foie, à la veine porte. Et alors que la tendance générale est d'attendre que l'accès, la poussée inflammatoire se calme pour opérer à froid, Riedel n'hésite pas à opérer dans le stade aigu.

La publication de l'ouvrage de Kehr, en 1913, marque une des étapes dont est faite l'évolution des idées sur la chirurgie de la lithiasé biliaire.

KEHR dit au chapitre des indications chirurgicales de la lithiasé vésiculaire qu'on ne peut donner de règles générales. Chaque cas particulier a son indication particulière. Tout dépend de l'expérience du médecin et de l'histoire de la maladie.

Le traitement chirurgical est indiqué :

Dans toutes les inflammations aiguës qui menacent la vie et dans « toutes inflammations chroniques qui minent la santé, troublent l'amour de la vie et la capacité de gain de l'individu et ne sont pas influencées par le traitement médical ».

« Mais une thérapeutique qui, dans les lithiases inflammatoires n'est dirigée que contre la suppression des calculs ou leur résolution, sans créer un drainage permanent effectif, et sans amener la guérison de l'inflammation, est sans valeur. »

Le traitement médical est indiqué :

1° Dans toutes les cholécystites aiguës, à l'exception des cholécystites gangréneuse perforante, séro-purulente et de la cholécystite aiguë septique ;

2° Dans tous les cas chroniques de cholécystite qui montre une tendance à la guérison, c'est-à-dire dans l'hydrocholécyste stérile, dans la cholécystite cicatrisante oblitérante, dans les tumeurs calcaires de la vésicule quand elles sont supportées sans troubles ; mais non dans l'empyème chronique et dans les angiocholites chroniques et dans l'obstruction chronique du cholédoque.

1° Indications absolues :

Dans les cholécystites suraiguës, séro-purulentes ; dans les angiocholites chroniques et aiguës septiques ; les perforations ; dans le cancer de la vésicule au début.

2° *Indications relatives :* -

Les cas dans lesquels la santé est altérée de façon permanent et que la joie de vivre est diminuée ;

Dans les cholécystites chroniques ulcéreuses ; les hydrocolécystes infectés, les péricholécystes adhésives ;

Cliniquement, tous les cas de troubles persistants entre les crises qui ne se présentent pas sous forme de coliques, mais avec des douleurs à la pression ; enfin, socialement, les gens qui travaillent de leurs mains ou auxquels leur profession interdit d'être souvent malades.

Mais il n'y a pas de règles générales.

Dans quatre-vingts pour cent des cas, l'affection peut s'améliorer spontanément.

Il y a deux pour cent de mortalité dans l'opération : c'est un risque que l'on ne doit pas faire courir inutilement au malade.

Il faut renoncer à *l'opération précoce préventive*, mais ne pas attendre d'être obligé d'intervenir d'urgence.

Le calcul de cholestérine et le calcul non inflammatoire ne sont pas affaire du chirurgien parce qu'il n'est pas rare que de tels calculs soient supportés toute une vie sans aucun trouble.

Si on les enlève précocement, la mortalité est de un à deux pour cent ; elle n'est pas plus importante quand on les enlève après infection : donc il *faut attendre*.

« C'est cette différence à peine marquée entre « l'intervention précoce » et « l'intervention au moment utile » qui m'a fait renoncer à l'idée de considérer l'opération précoce comme le meilleur traitement de la lithiase.

Il est faux de croire que dans l'opération précoce la cholécystostomie est suffisante, attendu que si la vésicule reste, il peut toujours se reformer de nouveaux calculs et que l'ectomie seule est l'opération justifiée dans la lithiase inflammatoire et non inflammatoire.

Il faut intervenir non contre les calculs, mais contre l'infection et ses lésions. A quoi bon enlever les calculs si on conserve des cultures de bacilles dans la vésicule ! »

« L'infection des voies biliaires demeure le domaine incontesté de la chirurgie et si la médication interne a parfois quelques succès, les échecs sont tellement plus nombreux que le chirurgien est obligé de prendre part au traitement dès le début. »

Il faut toujours préférer l'ectomie à la cystostomie.

La plupart des chirurgiens font l'ectomie et le drainage.

Dans la lithiase, premier principe : opération complète, c'est-à-dire ectomie. Deuxième principe : ectomie et ouverture des conduits, exploration ; mais tenir aussi compte du pancréas : faire une bonne incision. S'occuper beaucoup de l'anamnèse, de l'histoire de la maladie dans les premiers jours.

Il distingue DEUX TYPES PRINCIPAUX D'ECTOMIE :

Le Type I d'ectomie : ectomie simple ;

Le Type II : ectomie avec drainage hépatique.

Type I d'ectomie :

- a) Ectomie dans les suppurations aiguës ;
- b) — dans les cholécystites aiguës ;
- c) — dans les péricholécystites adhésives.

Type II : ectomie avec drainage hépatique. :

a) Ectomie dans les grosses vésicules avec ou sans calculs du cholédoque, ou dans l'angiocholite ;

b) Ectomie et drainage dans les vésicules ratatinées avec calcul du cholédoque et angiocholite.

Il a fait : 60 % du type II ;

15 % du type I.

TYPE I. — *Ectomie simple*

Cholécystite aiguë calculeuse, grosse vésicule très sensible, pas d'ictère ni de température.

Cholécystite chronique lithiasique, pas d'ictère, rien dans les canaux, bile claire, trouble ou épaissie.

Hydrocolécyste avec empyème de la vésicule et grands calculs du col du cystique ; mais cholédoque étroit, pancréas sain : l'opération normale est l'ectomie simple.

Vésicule petite et rétractée.

TYPE II. — *Ectomie et drainage en T*

Grosse vésicule lithiasique enflammée ; bile trouble.

Cholécystite chronique lithiasique infectée.

Petits calculs intravésiculaires et intracystiques : conduits élargis ; pancréatite ; calcul dans le cholédoque : l'ectomie avec drainage est l'opération normale.

Drainage quand :

Calcul dans le cholédoque (il faut l'enlever) ;

Pancréas épaissi ;

Cholédoque épaissi et élargi (stase) ;

Si ictère, frissons et expulsions de calculs ;

Quand, dans l'ectomie, il reste le moignon du cystique et qu'on l'a ouvert jusqu'au niveau du cholédoque ;

Quand il y a beaucoup de petits calculs dans la vésicule et le cystique, si bien que l'on peut suspecter la présence de calculs dans le cholédoque.

Si, par la section du cystique, on voit s'écouler de la bile trouble, signe d'inflammation du cholédoque ;

Cirrhose, foie induré, gros foie.

Dans tous ces cas drainer de préférence.

Souvent aussi dans la cholécystite chronique avec calculs dans le cholédoque.

Se souvenir que l'on intervient pas contre les calculs, mais contre l'infection.

« Encore une fois, il n'y a pas de règles générales, mais dans chaque cas particulier l'expérience du chirurgien et l'anamnèse joueront un rôle important. »

La guerre a en Allemagne, comme dans les autres pays, paralysé les recherches et arrêté les publications.

Mais il semble que l'idée de l'intervention plus précoce et plus systématique ait fait son chemin.

Car dès 1918, KIRSCHNER, dans un magistral exposé clinique sur le « traitement de la lithiase biliaire », défend le principe d'une intervention moins tardive et fait le point des tendances qui se font jour peu à peu. L'évolution des idées est nette : c'est un véritable bond depuis Kehr.

« L'apparition d'un accès de coliques hépatiques, dit-il, fait du porteur de calculs un lithiasique », et « après la cessation de chaque accès de coliques lithiasiques le porteur de calcul n'est pas guéri, mais sa lithiasie passe simplement à l'état de latence ».

« L'accès de coliques hépatiques est la manifestation clinique de l'inflammation de la muqueuse d'une vésicule qui renferme des calculs. Chacun de ces accès met dans une certaine mesure le malade en danger de mort.

Le fait qu'il reste des calculs dans le système des voies biliaires infecté, rend la guérison de celui-ci presque impossible. »

Et d'insister sur le fait que « chaque accès laisse, le plus souvent, derrière lui, des modifications anatomo-pathologiques dans la région de l'infection.

Plus un lithiasique a eu d'accès, plus les lésions de la vésicule, des voies biliaires, du foie, du pancréas et du péritoine sont étendues. »

Et encore : « plus un lithiasiqué a subi d'accès, plus l'intervention opératoire se révèle grave .

Que doit offrir la thérapeutique pour garantir que de nouveaux accès ne pourront plus survenir ?

Elle doit : Enlever tous les calculs ;

Empêcher la formation de nouveaux calculs.

Dans l'état actuel des connaissances, la thérapeutique médicale ne saurait atteindre ce but.

« Nous sommes tous d'accord que le bistouri du chirurgien est l'ultima ratio de l'art médical et le restera toujours. »

« Les résultats de la chirurgie de la lithiasie biliaire laissent présager qu'elle est en voie de conquérir le traitement de la lithiasie biliaire sans restriction, comme elle est devenue la maîtresse souveraine du traitement de l'appendicite. »

Pour l'instant, même les médecins les plus réservés

pour l'opération doivent se convaincre que les « malades doivent être remis immédiatement et sans exception au chirurgien, lors de l'apparition d'un état mettant leur vie en danger ».

Les différences d'appréciation subsistent sur la question de savoir à quels malades cette thérapeutique pleine d'efficacité doit être étendue.

En général « on propose pour la première fois l'intervention plusieurs années après le début de l'affection, souvent après que toutes les méthodes de traitement médical ont été employées en vain pendant des années ou des dizaines d'années ».

Là, KIRSCHNER se retrouve avec MINKOWSKI pour déplorer cette fâcheuse habitude.

« Peut-on adresser des reproches au chirurgien, pour les échecs de telles opérations, et ne doit-on pas plutôt mettre ces cas malheureux sur le compte de l'attitude réservée vis-à-vis de l'opération ? Si elle avait été exécutée dans les premières années, immédiatement après l'apparition des premiers accès, elle aurait été simple et presque sans dangers.

L'intervention méthodique et précoce sur le lithiasique est la meilleure façon de la défendre (celle aussi qui entraîne le moins de pertes) contre les surprises souvent inévitables, fréquentes et perfides de cette maladie ». « Le chiffre trop élevé de la mortalité n'est pas la conséquence du caractère dangereux de l'intervention, mais plutôt de ce que l'on conseille trop tard au malade une opération excellente. »

Il n'est pas possible, dit-il, de porter un jugement

sur la valeur comparée des deux méthodes de traitement :

Intervention comme stade final et inévitable de la méthode conservatrice ;

Et intervention précoce de principe.

« Mais je suis arrivé sur des considérations théoriques et des bases pratiques à la conviction que le total des décès, à la suite de l'exécution par principe de l'intervention dès les premiers accès nets, serait beaucoup plus faible que lors des interventions tardives par principe. »

Et il souhaite qu'une grande statistique vienne apporter la preuve de l'exactitude de cette assertion.

Dès lors, quelle opération doit-on faire pour qu'il n'y ait pas de récidives ?

Les calculs se forment par stase et infection de la bile pour Naunnyn. D'après les travaux de Aschoff et Baumeister des calculs de cholestérine pure peuvent se former par simple stase de bile stérile ; et cette vésicule contenant des calculs sera toujours prête à s'infecter.

La cholécystectomie s'impose donc. Pourquoi conserver la vésicule ? « Elle est, comme l'appendice, une annexe atavique qui est seulement là afin de nous importuner et nous exposer au danger. Et s'il se trouve quelqu'un qui ne veuille pas renoncer à la croyance en une fonction de la vésicule biliaire, fonction bien modeste et qui nous échappe encore, je lui demanderai de se représenter cette vésicule malade des douzaines de fois et de me dire s'il croit cet organe informe et altéré encore capable de fonctionner ? »

Faisons une cholécystectomie. Mais le malade n'est pas à l'abri, dira-t-on, puisqu'il y a des récidives. Il n'y a pas de récidives véritables, mais des « pseudo-récidives », qui viennent d'une technique imparfaite ; il faut explorer systématiquement toutes les voies biliaires et ne laisser aucun calcul. Il faut aussi vérifier la perméabilité des voies biliaires.

Les troubles post-opératoires sont dus fréquemment à des adhérences. « Ils seraient certainement plus rares si nous recevions plus tôt le malade en vue de l'opération. » Les difficultés opératoires sont aussi dues à ce retard.

« On ne réclame cependant pas, dans ce plaidoyer en faveur de la généralisation de l'opération au début de la maladie, que chaque malade soit opéré aussitôt que le diagnostic de lithiasé est posé. »

On s'en tiendra aux règles suivantes :

« S'il existe des symptômes d'infection aiguë mettant la vie en danger, comme l'extension du processus infectieux vers le péritoine ou des symptômes d'infection septique générale, il y a indication absolue d'intervenir immédiatement. »

C'est l'opération d'urgence. — Mais si cette « indication vitale » n'existe pas, on se réglera sur les considérations suivantes :

Si on opère pendant l'accès il faut tenir compte de l'état de résistance du sujet et de ce que l'on opère en milieu infecté. Intervention dangereuse et il faudra souvent se contenter d'une cholécystostomie. En règle générale, il faudra éviter le plus possible l'intervention pendant l'accès.

De deux choses l'une :

a) ou le malade vient au chirurgien au début de l'accès, dans les premières vingt-quatre heures : il faut l'opérer immédiatement. Car l'opération précoce supprime dès le début toutes les possibilités de complications menaçantes ; l'individu est en meilleur état de résistance et par analogie avec l'appendicite, le péritoine est plus capable de résister à l'infection.

b) ou le malade vient plus tard à notre traitement.

Si l'infection semble gagner il faut opérer, même avec la menace d'être obligé de se contenter d'une opération palliative.

Si les symptômes ne sont pas inquiétants, expectative armée et on opérera dans un stade de latence.

On ne retardera jamais l'intervention s'il y a obstruction du cholédoque, pas plus de trois semaines et encore s'il n'y a pas de fièvre.

« Nous sommes capables aujourd'hui de guérir définitivement la lithiase biliaire par une intervention opératoire logique, bien pesée, avec une technique solidement établie. »

Deux tendances s'affirment :

Opérer la lithiase dès qu'elle fait de la cholécystite aiguë, sub-aiguë ou chronique ;

Opérer le lithiasique en poussée de cholécystite aiguë, en plein accès, dès le début, si son état général est satisfaisant.

HEIDENHAIN, dans un article de 1921, propose l'extension des indications. Les idées qu'il exprime sont superposables à celles de Kirschner.

« Chaque cas de lithiase biliaire peut et doit être opéré. »

Revenant sur cette idée, il dit, en 1922, donnant des chiffres :

« Parmi nos malades opérés jusqu'à fin mars 1920, soit 570 cas, 52,7 % étaient des malades qu'on avait laissé traîner, chez qui l'infection s'était étendue et qui vinrent dans nos mains avec des septicémies ou

des péritonites, des calculs dans les voies biliaires profondes, de l'angiocholite et d'autres graves complications, ou avec des cancers de la vésicule.

Pour les opérations faites à temps, c'est-à-dire avant l'apparition de complications graves, la mortalité s'élève à 1,5 %. Dans les cas de graves complications, elle monte à 14 et 15 %. Si bien que l'on peut dire que l'opération est aussi utile que peu dangereuse si elle est faite assez tôt pour prévenir les dangers des complications. »

KEHR a donné un peu plus tôt des chiffres semblables.

Comparant l'appendicite et la lithiase, HEIDENHAIN dit : « Dans la lutte contre l'appendicite, nous avons fait triompher le point de vue de la nécessité de l'opération à temps. Nous devons atteindre le même but et nous l'atteindrons pour la lithiase biliaire. »

Comparaison que ZOEPPFEL a poussé beaucoup plus loin, puisqu'il va jusqu'à réclamer « la cholécystectomie à l'égal de l'appendicectomie ».

NÖRDMANN, RIESE, KOERTE, au 45^e Congrès de Chirurgie, en 1921, recommandent l'intervention dans les stades aigus.

KOERTE, KUMMELL, POPPERT, REHM prônent l'extension des indications opératoires. Non seulement ils veulent voir opérer tous les cas où le danger de mort pose des indications absolues, mais ils sont partisans de l'opération précoce ; c'est-à-dire que relè-

vent de l'intervention chirurgicale tous les cas de lithiase au stade de cholécystite légère, évoluant par accès, tous les « gros foies avec ictère derrière lesquels on peut supposer la présence de calculs dans la vésicule ou le cholédoque. Il n'appartient pas à la médecine de traiter de tels malades avec des « moyens soit-disant chassant la bile et dissolvant les calculs ».

Heidenhain est très affirmatif. « Chez toutes les personnes opérées dans les premiers accès et dans les tout premiers jours de l'accès on peut répondre qu'elles seront guéries. Tandis que pour les opérations faites après le n° accès, après de longues années on ne peut garantir la réussite à cause du danger des complications, des septicémies, des dégénération du myocarde, inanition, etc. Pas plus on ne peut répondre du rétablissement en raison de la formation de calculs haut dans le foie et à la tendance persistante à des récidives d'angiocholite. Le malheur pour ces malades est que malgré de graves accès, à répétition, on fait pendant des années, des dizaines d'années, des « cures internes » au lieu de les convaincre que dans de tels cas il y a d'irréparables altérations pour lesquelles le bistouri peut seul apporter une aide efficace. »

Et le traitement médical n'interviendra plus que pour combattre les petits réveils de l'infection, des petites poussées d'angiocholite chez les malades ayant « du coryza des voies biliaires profondes », comme dit Heidenhain, que l'on ne verrait jamais si l'on opérât à temps.

“ L'opération précoce ”
au 47^{me} Congrès Allemand
de Chirurgie (1923)

On peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, que la conception allemande moderne du traitement chirurgical de la lithiase biliaire date de 1923.

Les tendances qui se faisaient jour vers une extension des indications chirurgicales dans la lithiase biliaire se sont affirmées avec éclat lors de la 47^e Assemblée de la Société Allemande de Chirurgie. Ce qui n'était au début qu'une recommandation va devenir une règle : l'opération précoce est adoptée. Le plus grand mérite en revient à ENDERLEN et HOTZ qui, par un travail énorme, sont arrivés à réunir les résultats des opérations pour lithiase faites dans les cinq années qui ont précédé le Congrès de 1923. Ils ont dressé des statistiques des résultats obtenus et les étudiant d'un point de vue critique, ils ont essayé d'en dégager la leçon et d'en tirer des règles.

Les indications opératoires qu'ils crurent en pouvoir tirer reçurent alors de la majorité des chirurgiens allemands une adhésion générale et sans réserve.

ENDERLEN ET HOTZ avaient, dans leur Rapport sur « les indications et résultats de la chirurgie des calculs biliaires », l'intention manifeste de sortir celle-ci de sa stagnation.

Ils constatent tout d'abord qu'autrefois, pour la plupart des chirurgiens :

Les infections suraiguës, les empyèmes, les calculs du cholédoque, provoquant de l'ictère et de la fièvre constituaient une indication absolue.

Tandis que les cholécystites lithiasiques sub-aiguës, les cholécystites chroniques et récidivantes sous toutes leurs formes ne posaient que des indications relatives.

La lithiasie sans autre manifestation que la colique hépatique relevait seulement du traitement médical.

Ils préconisent un élargissement des indications de l'intervention dans la lithiasie biliaire.

Sur quoi se basent-ils pour soutenir leur thèse ?

HOTZ a rassemblé les résultats de 56 opérateurs, qui ont fait 12.147 interventions dans les 5 dernières années.

Il les examine et s'efforce d'obtenir une image des résultats moyens obtenus par la chirurgie de cette époque.

La mortalité d'ensemble s'établit à 9,2 %. Elle varie entre 3,2 % et 27,7 %. 24 opérateurs ont une mortalité inférieure à 10 % ; les autres au-dessus de 10 %. Elle est donc très forte.

Mais une grande partie de ces résultats défavorables est due, cela ne fait aucun doute pour lui, aux opérations tardives et aux complications.

Il note comme causes principales des insuccès :

Les infections propagées ;

Les lésions énormes sur des organismes usés et vieillissants, c'est-à-dire que la mortalité est due :

A l'infection locale ;

Aux lésions étendues aux organes : foie, pancréas, cœur, etc., etc.

Le chirurgien qui a eu le moins de décès, soit 3,25 %, indique qu'il n'a opéré que des gens âgés dont l'état général était bon. Il a souvent refusé l'opération chez les gens en état de moindre résistance.

Poppert et Giessen, avec 1.137 cas et une mortalité de 4,48 %, sont intervenus beaucoup plus souvent que la majorité des chirurgiens, sur des sujets jeunes, entre 31 et 35 ans.

Sur les jeunes individus, entre 20 et 40 ans, la mortalité pour les opérations faites entre les accès (à froid), dans « les intervalles », reste tout de même de 4 %. Entre 40 et 45 ans elle monte à 7 % ; au delà de 45 ans, à 16 %.

La mortalité moyenne des opérations effectuées pendant les accès (à chaud), est deux fois plus élevée que celle des opérations dans les intervalles; celle des cholécystectomies simples faites dans les accès est de 10 à 16 % et de 4,08 % pour les cholécystectomies faites dans les intervalles.

Il donne :

71 opérations pendant les accès.....	33 %	de mortalité.
281 opérations dans les intervalles	10,4 %	—

ENDERLEN, de 1919, à 1923, est intervenu 728 fois.

La mortalité était de 6,6 % dans l'ensemble.

Pour les malades « dans leurs jeunes années » elles très faible. Elle était par 332 cas jusqu'à 40 ans de 2 %. Tandis que dans les années suivantes, jusqu'à 70 ans, 10,5 % des opérés succombent.

Les autres chiffres de Enderlen correspondent à ceux de Hotz.

Ils sont du plus haut intérêt et montrent les dangers de la propagation de l'infection et des lésions consécutives, et des opérations tardives ainsi que l'influence de l'âge.

Il insiste sur ce qu'il a déjà été auprès des médecins, vers 1905, le pionnier de l'appendicectomie précoce et à froid. La moyenne des cholécystites offre, évidemment, moins de danger dans son évolution que l'appendicite. Mais l'âge ne joue pas le même rôle dans l'appendicectomie, puisque l'appendicite est beaucoup plus fréquente dans le jeune âge, que dans la cholécystectomie où l'âge a une influence nettement défavorable.

Au début de la maladie l'opération est facile, les lésions du côté du foie, du pancréas sont minimales, les complications du côté du cœur, du poumon et des reins sont rares, tandis qu'elles sont fréquentes et préjudiciables chez les gens dont la maladie est « exportée », dont l'état général est touché. Le corps jeune est bien plus capable de résistance.

« Ce n'est pas l'opération, mais plutôt son exécution tardive qui est dangereuse. »

Et ils en arrivent à ces conclusions :

Les calculs biliaires doivent être enlevés dès qu'ils démontrent leur existence et qu'on a l'impression de la participation de l'infection.

Et cette opération peut être faite aussi bien chez les gens âgés encore assez résistants pour supporter l'opération et ses suites, que chez les gens jeunes.

Les résultats sont meilleurs pour les opérations faites pendant les intervalles et sur des sujets encore jeunes. Mais ce n'est pas une raison suffisante pour en priver les gens âgés.

HENDERLEN et HOTZ posent ainsi les indications opératoires :

1° *Opération d'urgence*, sans attendre, dans tous les cas graves, mettant la vie en danger ;

Dans les cas de perforation de la vésicule, de péritonite ;

Dans les cas de cholécystite lithiasique sur-aiguë, d'empyème de la vésicule, d'hydrocolécyste infecté, etc. L'intervention se pose de façon absolue : dans tous ces cas on a la main forcée.

2° *Opération précoce de choix dans l'accès*, c'est-à-dire dans les 24-48 premières heures chez les gens qui ont depuis long-

temps des calculs silencieux et qui, tout à coup, font une grosse vésicule douloureuse, des signes d'obstruction, de graves phénomènes inflammatoires. En un mot toutes les lithiases chroniques bénignes qui font de la cholécystite aiguë.

Opération précoce de choix dans l'accès dans les obstructions du cholédoque qui, après un début lent font brusquement de la fièvre, de l'ictère, de l'angiocholite, qui ont des signes d'infection ascendante.

3) *Opération précoce dans les intervalles, dans les lithiases bénignes, sans cholécystite, mais s'accompagnant de coliques à répétition, de douleurs rebelles, d'ictère sans fièvre ; les hydrocolécystes non infectés.* A plus forte raison les lithiases qui ont déjà fait des poussées de cholécystite. Opération précoce dans les intervalles pour les obstructions du cholédoque avec ictère, sans fièvre, sans jamais attendre plus de deux ou trois semaines, de même que les lithiases cholédo-ciennes « qui font soupape ».

4) *Opération précoce-préventive, systématique, dans toutes les lithiases bénignes, avant l'apparition de toute cholécystite, dès que la présence des calculs s'est révélée par de simples crises de coliques.* Indication un peu idéale, mais que Enderlen et Hotz souhaitent de voir poser dans une plus large mesure.

En règle générale :

Chez les jeunes, ne pas hésiter, ne pas attendre, opérer de préférence, par principe.

Chez les personnes plus âgées, choix plus prudent.

Et les résultats des opérations seront améliorés par un diagnostic plus sûr et plus précoce ; un pronostic mieux établi ; une intervention plus précoce.

Le danger de l'opération diminué par le perfectionnement de la technique.

Quelle opération faut-il faire quand il y a indication d'un traitement chirurgical ?

ENDERLEN constate que

La cholécystostomie n'a encore que peu de partisans. La cystostomie est une opération d'urgence, de nécessité : il faut accepter avec elle l'opération complémentaire.

La cholécystectomie est l'opération de choix, que l'on devra faire chaque fois qu'il n'y aura pas contre-indication absolue.

La fermeture de la cavité abdominale peut être dangereuse dans certains cas. Le drainage conserve ses droits.

Dans certaines circonstances, il faudra néanmoins drainer les voies hépatiques.

Les conclusions du rapport de Enderlen et Hotz ont été acceptées dans leurs grandes lignes. La lithiase biliaire ne relève que d'une thérapeutique : la thérapeutique chirurgicale. Et l'intervention précoce est bonne. Mais le principe de l'intervention précoce systématique, préventive, au sens de ces auteurs se heurte à bien des difficultés, surtout des difficultés de réalisation pratique.

KOERTE, en 1924, commente les conclusions de ce rapport. Il trouve que les conclusions qui en ont été tirées sont excessives.

« On ne pourra que difficilement conseiller au ma-

lade une opération après des accès légers de lithiase. » Surtout que la mortalité reste de quatre pour cent même dans les opérations précoces, dans des conditions idéales et que le diagnostic est souvent difficile à poser. Les malades se résoudront d'ailleurs difficilement à l'opération dans ces cas.

Il faut, à son avis, « que le diagnostic précoce de lithiase biliaire soit plus sûr, l'évolution de la maladie mieux pronostiquée, et le danger des opérations précoces diminué par une amélioration de la technique. Alors seulement on pourra conseiller l'opération précoce préventive ».

Et dans l'état actuel des choses, il s'en tient aux règles suivantes :

« Dans la lithiase sans inflammation (sans cholécystite) je me règle sur le degré de la maladie.

Si elle est importante, à répétition, accompagnée d'ictère, je conseille une opération immédiate. Dans les cas légers, je tiens pour justifiée une certaine attente. Mais je persuade le malade de la nécessité de l'opération pour éviter des suites fâcheuses, dès qu'apparaissent les premiers symptômes d'inflammation ; fièvre, ictère, une vésicule restant douloureuse. »

Intervient aussi pour déterminer la conduite à tenir la gêne que le malade ressent à l'exercice de sa profession et sa condition sociale.

Il reste néanmoins pour l'opération précoce au sens de Enderlen et Hotz mais avec des restrictions

« Je ne puis admettre le point de vue qui consiste à retarder l'opération. J'ai vu au cours d'une longue carrière trop de désastres résulter de ce retard sans

fin apporté à l'opération qui devient un jour nécessaire et doit être exécutée dans des conditions déplorables et avec des chances de succès diminuées. »

Mais entre l'opération précoce systématique préventive et l'opération trop retardée, il tient pour un juste milieu.

« Dès qu'apparaît le premier accès avec inflammation violente, tuméfaction persistante d'une vésicule infectée et distendue jusqu'à rupture, qu'il y a danger de perforation, on peut conseiller au malade avec certitude l'opération pendant l'accès ou aussitôt après sa disparition. »

« Les chances de guérison d'une cholécystite aiguë ne sont pas à comparer avec celles d'une appendicite aiguë constate-t-il. L'accès sera le plus souvent jugulé. Mais les douleurs violentes, la menace du danger, la probabilité d'une récurrence, les troubles fonctionnels graves qui sont à redouter d'une vésicule malade, autorisent le traitement radical en enlevant les calculs de cette vésicule enflammée, même s'il y a un certain risque. »

Il se prononce fermement pour l'opération précoce. Mais l'âge ne joue aucun rôle à son avis. Comme il le fait remarquer, « la cholécystite aiguë apparaît souvent chez des sujets âgés qui n'avaient jusque-là présenté aucun symptôme de lithias biliaire.

Chez ces derniers, j'entreprends l'opération si l'état général est assez bon pour permettre une aussi grave intervention sans trop peu de chances de succès. »

En conclusion :

Si symptômes (aigus) graves montrant un danger, opérer aussitôt (indication absolue).

Dans les cas moyens, une certaine attente est permise ; l'opération se règle sur le degré de la maladie (indication relative). *Mais ne pas tarder.*

Chez les jeunes, le pronostic est favorable.

Chez les gens âgés, il dépend de l'état général.

KIRSCHNER, qui fut un des premiers à préconiser le traitement précoce, n'a pas changé d'avis. Et en 1924 il redit que

« toutes les mesures conservatrices de nature seulement symptomatique ne peuvent qu'exercer une influence nuisible sur le cours d'une poussée de lithiasé biliaire et sur le cours d'une maladie lithiasique. »

Et en considération des faibles chances de guérison durable et le danger des complications menaçantes pour la vie,

« chaque malade porteur de calculs est à traiter chirurgicalement aussitôt que le diagnostic est fait chez un homme auparavant en bonne santé et encore à un âge plein de vigueur. »

Et il déclare :

« Si on exigeait autrefois une indication absolue du traitement opératoire des lithiases biliaires, aujourd'hui nous exigeons une contre-indication absolue pour renoncer à l'opération. »

On ne peut se déclarer plus fermement en faveur de l'intervention opératoire par principe.

Après cette déclaration de principe, il reprend une discussion qui n'est pas close : celle de savoir « à quel moment on doit opérer les calculs biliaires ».

La majorité des chirurgiens tiennent pour l'opération dans les intervalles de temps entre les accès et pensent que « l'opération n'est permise que pour combattre un état mettant la vie en danger et seulement à l'état exceptionnel ».

Pour Kirschner, le danger « énorme » d'infection des cavité péritonéales, dans les opérations en pleine poussée inflammatoire, a été exagéré. De même cette crainte de l'hémorragie due à l'ictère, qu'il déclare ne jamais avoir observé.

Se basant sur des considérations théoriques et sur ses expériences favorables, de plus en plus nombreuses, il en vient à recommander l'opération immédiate dans les accès aigus. « Plus on laissera évoluer l'accès, plus il consumera les forces du malade. »

Son expérience lui montre « que le malade peut, en général, supporter l'intervention. Avec la suppression des foyers d'infection aigue, dont le centre est dans les voies biliaires (vésicule, cholédoque, cystique), dans la vésicule le plus souvent, on supprime d'un seul coup toutes les influences préjudiciables causées par ces foyers de l'affection et on procure aussi les meilleures conditions de rétablissement de la santé d'un malade affaibli ».

Mais on a toujours la liberté d'ajourner l'intervention, « chez les malades particulièrement affaiblis », jusqu'à un stade d'intervalle.

Un avantage accessoire de l'intervention pendant l'accès est que le malade s'y décide plus facilement à ce moment là. On lui évite souvent ainsi de longues incapacités de travail.

Intervention immédiate pendant l'accès, ne veut pas dire que le malade doit être mis sur la table d'opération dans les premières heures de son entrée à la clinique. Il est prudent de préparer le malade 24 heures. Mais l'exécution ne doit pas être remise au delà de ce délai.

« Rien ne s'oppose donc, une fois admis le principe que le seul traitement de la lithiase est l'opération, une fois le diagnostic bien établi, à ce que le malade, encore plein de santé et de vigueur, soit opéré immédiatement, à moins de contre-indications particulières, dans tous les cas aigus. »

En 1923 et 1924, et encore au début de 1925, on a l'impression nette que le traitement chirurgical de la lithiase biliaire l'emporte de plus en plus sur le traitement médical.

Certains chirurgiens, tout à fait enthousiastes du traitement radical, veulent établir un parallèle complet entre l'appendicite et la cholécystite et conseillent « l'opération précoce de principe » dans les cas légers, dès l'apparition des premières crises de coliques.

ZOEPPFEL voudrait voir enlever la vésicule biliaire comme l'appendice.

CORDUA, dans ses rapports, préconise un traitement encore plus radical : l'opération préventive, même au stade pré-lithiasique, chaque fois qu'il y a un peu de stase vésiculaire.

WALZL enlève non seulement les vésicules qui lui semblent altérées ou enflammées, mais même celles qui lui paraissent normales.

Mais tous les chirurgiens ne vont pas si loin, et la majorité s'en tient aux indications de Enderlen et Hotz, et même y font de fortes restrictions. Les propositions extrêmes de ces quelques auteurs restent isolées et semblent être restées sans écho, au moins sur le terrain pratique.

Les enquêtes ouvertes **par Brandenburg et Von Bergmann** **(1924-1925)**

BRANDENBURG, fin 1924, ouvre, dans la *Medizinische Klinik*, une enquête « sur le pour et le contre de l'opération précoce ». Il constate que les idées au sujet des opérations précoces ont changé depuis quelques années, surtout depuis le rapport de Enderlen et Hotz au Congrès de chirurgie de 1923.

Pour éclairer ce point de vue, il demande la collaboration des médecins et des chirurgiens, et déclare ouvrir une enquête sur ce sujet. Les questions posées sont les suivantes :

« 1° *L'opération précoce est-elle justifiée et pour quelles raisons ?*

Est-elle nécessaire dans tous les cas et il y a-t-il des contre-indications ?

2° *Quand faut-il opérer dans les cas où l'opération précoce n'entre pas en ligne de compte ?*

Quelles sont les indications absolues et les indications relatives ? »

Cette enquête est bienvenue : la preuve en est dans le grand nombre de réponses recueillies (23 réponses, tant de chirurgiens que de médecins). Nous croyons devoir les donner dans ce travail pour montrer combien l'idée de l'opération précoce est aujourd'hui une idée familière dans les pays de langue allemande.

Parallèlement, Von Bergmann ouvre une enquête auprès des médecins en 1924.

La question posée est de savoir combien de lithiasiques échappent aux complications et réussissent à se passer du traitement chirurgical grâce au traitement médical.

Voici les réponses à l'enquête de Brandenburg.

KUTTNER : « Il faut parler plutôt d'opération sur les voies biliaires que d'opération de la lithiasé biliaire. »

Chez les gens âgés, l'opération d'urgence entre seule en ligne de compte.

Les statistiques montrent que le succès est d'autant plus grand que l'opération est plus précoce.

Pour l'opération, il faut tenir compte de différents facteurs :

Incertitude du diagnostic ;

Mortalité chez les jeunes en dehors des cas d'urgence ;

Les possibilités de guérison par le traitement médical ;

Jusqu'à quel point on peut assurer la guérison sûre et durable par l'opération,

80 % de malades sont guéris par le traitement médical;
90 % de malades sont guéris par le traitement chirurgical.

Assombrissent les chances de guérison, les adhérences cicatricielles, les lésions du foie, etc... Les altérations de la nutrition ne semblent pas avoir d'importance dans cette décision ; mais la question n'est pas résolue.

En conclusion :

1° « Je ne puis admettre l'opération précoce (préventive), c'est-à-dire dès l'apparition de la lithiase.

« 2° Je ne considère pas comme justifiée l'opération dans le jeune âge, quand il n'y a pas de raisons urgentes pour faire une opération précoce en tant que thérapeutique d'élection. Le jeune âge ne suffit pas pour déterminer l'opération.

« 3° Pour poser le diagnostic d'intervention dans les débuts, il faut tenir compte de l'âge évidemment, mais surtout de l'état général, des circonstances individuelles et de la qualité du chirurgien. »

Quand l'état est menaçant, *opération précoce dans l'accès*. Si on attend, surveiller attentivement.

Contre indications : Avec Koerte, les affections du cœur, du poumon des reins, etc...

A) *Indications absolues :*

Empyème chronique de la vésicule ;
Calcul du cholédoque de la vésicule ;
Menace de perforation.

Opération immédiate pendant l'accès.

B) *Indications relatives :*

Lithiase vésiculaire avec cystique libre ;
Cholécystite et péri-cholécystique chronique ;
Hydrops vésiculaire stérile.

Opérer si le traitement médical n'améliore pas l'état.
« Mais il faut discuter pour chaque cas individuel; il n'y a pas d'indications générales. C'est le point de vue de tous les chirurgiens pas trop radicaux. »

MOSZKOWICZ : Les notions actuelles sur la physiologie modifient les indications.

« *La question principale est celle de la mortalité moyenne de l'opération précoce; elle diminue actuellement, grâce à une technique meilleure, à la plus grande expérience des chirurgiens.* »

« *Ce n'est pas l'opération qui est dangereuse, c'est l'opération tardive.* »

Pour la décision de l'intervention, il faut tenir compte des dangers de morphinomanie, hypocondrie, etc...

Trois grands défauts de l'opération :

Drainage long, tamponnement et traitement post-opératoire douloureux ;

Fréquence des éventrations et des adhérences ;

Résultats souvent médiocres (récidives fréquentes).

« Maintenant, on réduit le drainage au minimum.

Dans les dernières années, le nombre des opérations a considérablement augmenté et chaque malade guéri est un apôtre de l'opération. »

L'indication de l'intervention se heurte à de grandes difficultés, qui, sans doute, ne seront jamais résolues.

La question est beaucoup plus difficile à résoudre que dans l'appendicite.

MATTHES : C'est la réponse d'un médecin.

« Abstraction faite des cas d'imminence de la rupture de la vésicule, l'opération n'est pas justifiée pour les raisons suivantes :

1° Les affections des voies biliaires ne constituent que rarement un danger aigu pour la vie. Cela ne se compare pas aux dangers de l'appendicite ;

2° L'opération est plus difficile que l'appendicectomie et on ne peut prévoir les difficultés que l'on rencontrera. La mortalité est de 2 % même en l'absence de complications. On comprend que le chirurgien préfère opérer des gens jeunes, mais cela ne constitue pas une indication ;

3° De nombreux malades après plusieurs crises n'en ont plus. Il arrive, évidemment qu'après dix ans de latence, la maladie reprenne avec une issue fatale ;

4° L'opération n'exclue pas absolument le danger des récidives. »

« La question se ramène à ceci : *le moindre danger est-il dans l'opération précoce ou dans le traitement médical ?* »

Il est nécessaire de présenter les deux risques au malade.

Influent sur la décision, la situation sociale du malade, son âge, sa condition, etc.

« *Il n'y a pas de règles précises ; il ne faut pas attendre assez longtemps pour que le malade risque d'être diminué par l'ictère, la fièvre, etc.* »

STICH :

1° *L'opération précoce dans les cas aigus est justifiée*, comme dans l'appendicite, dans les 48 heures.

Après ce délai, s'il n'y a pas indication absolue d'opérer, c'est l'opération « dans les intervalles » qui retrouve ses droits.

2° *L'opération précoce est plus simple et moins dangereuse que l'opération dans les intervalles chez les malades traités médicalement pendant des années.*

Elle garantit plus souvent des récidives. Les contre-indications sont celles de toute laparotomie.

Condition indispensable de toute intervention : un diagnostic certain.

« Dans les crises courtes, sans Θ et sans signes d'irritation péritonéale, on peut s'abstenir provisoirement si le malade ne tient pas à l'opération.

Mais l'intervention est à conseiller. »

LÄWEN : « L'opération précoce est justifiée parce qu'elle évite les graves lésions des voies biliaires compliquant une opération tardive ultérieure ;

Et parce que tout homme qui n'est pas malade depuis de longues années est dans de meilleures conditions opératoires. »

L'opération précoce évite les affections du pancréas.

« Techniquement l'opération précoce est facile en raison de l'absence d'adhérences. Elle peut se borner à l'ectomie simple. »

« L'évolution vers la guérison est plus rapide parce que la plaie abdominale peut être fermée complètement. »

Le danger des récidives est moins grand ; les complications tardives post-opératoires, les adhérences, l'éventration sont moins fréquentes.

« Quoiqu'il faille tenir compte des cas particuliers, l'opération précoce est à exiger. »

UMBER : C'est l'opinion d'un médecin.

Il oppose à la tendance à l'intervention précoce le fait que la plus grande partie des malades est amélio-

rée par le traitement médical, ou du moins qu'on a de grandes périodes de latence.

L'intervention ne garantit pas la guérison.

« Le nombre des complications post-opératoires est plus grand que ne croient les chirurgiens parce que les malades opérés qui souffrent ne reviennent pas les voir. L'absence de complications est rare. »

« Le couteau du chirurgien ne peut rien contre la diathèse lithogène, et relativement peu effectif contre l'infection (angiocholite), surtout quand les voies biliaires intra-hépatiques sont atteintes. Le drainage lutte cependant parfois effectivement contre l'infection. »

« Nous savons par les statistiques que les résultats sont meilleurs chez les jeunes; mais le traitement médical donne aussi de bons résultats chez le jeune : il y a parallélisme rigoureux entre les deux. »

Dans les cas où l'état pose une indication absolue, il faut opérer précocement, surtout s'il y a infection et perte de forces.

Dans 771 cas de lithiase, il a eu 4,4 % d'indications absolues.

Pour les cas à indications relatives, *l'attente est d'autant plus justifiée que le malade est plus jeune*. Il faut opérer la lithiase chronique récidivante ne cédant pas au traitement médical suivi.

Les opérations à *indications relatives* sont à effectuer de préférence *dans les intervalles*, s'il n'y a pas contre-indication.

« D'ailleurs, meilleur sera le chirurgien, plus facilement nous nous déciderons à faire opérer. »

SCHMIEDEN : « Le terme d'opération précoce est à double sens; il signifie :

1° précocité de l'opération au cours d'une lithiase, c'est-à-dire le plus souvent dans le jeune âge ;

2° précocité de l'opération dans l'accès aigu de lithiase biliaire. »

« 1° *L'opération est justifiée*, car si le diagnostic est certain :

a) Les résultats sont meilleurs et les chances de guérison médicale sont moins bonnes.

« *L'opération est facile et rapide tant que le processus est borné au contenu vésiculaire*. Les calculs sont encore dans la vésicule, il n'y a pas d'adhérences: c'est bien limité à la vésicule. »

La résistance de l'organisme est bien plus grande que plus tard. Le foie, le pancréas, le cœur, etc..., sont en bon état. On évite les complications ultérieures, notamment la pancréatite chronique.

Les résultats durables sont meilleurs; le danger de récédive calculeuse est réduit.

Importance décisive de l'indication sociale.

b) Les arguments contre l'opération précoce sont :

L'état général mauvais, surtout dans l'âge avancé; l'ictère grave où il faut s'abstenir d'opérer ou faire un traitement pré-opératoire.

2° *L'opération précoce est justifiée dans les accès aigus* ;

Quand la température est élevée, qu'il y a des phénomènes généraux graves ;

Quand on soupçonne l'empyème, le danger de per-

foration, quand il y a des phénomènes de péritonite et des signes de pancréatite.

3° *L'opération est à effectuer de préférence dans les intervalles*, les chances de guérison aseptique étant alors plus grandes, à moins qu'il y ait des symptômes menaçants.

Il faut en tout cas *enlever la vésicule remplie de calculs* quand les accès se multiplient au point que l'état du malade devient insupportable, qu'il y a risque de morphinomanie, qu'il y a abcès du foie, etc...

4° Eu égard aux complications fréquentes de la lithiase, *l'indication de suppression de la vésicule calculeuse sera posée, même dans les cas à apparence bénigne, sitôt que la preuve de la lithiase sera faite.*

PERTHES :

1° Opération précoce dans l'accès.

2° Opération précoce dans l'évolution de la maladie dans le jeune âge.

1° *Opération précoce dans l'accès* dans tous les cas où l'examen clinique permet de supposer une inflammation phlegmoneuse ou ulcéreuse est justifiée. Quand on a des signes cliniques tels que tension douloureuse, vomissements, température élevée : opérer. L'opération précoce évite les abcès péritonéaux, etc.

« *Dans les crises légères, je conseille l'opération, s'il y a eu déjà plusieurs crises et que l'on peut la mener sans grands dangers selon toute vraisemblance.* »

« S'il y a du météorisme prononcé, j'attends l'intervalle. Mais les malades se décident rarement une fois la crise passée. »

2° *Opération précoce par rapport à l'évolution.*

« L'opération précoce semble répondre au but dans les accès se répétant fréquemment, comme dans les états d'irritation chronique de la vésicule.

Le rôle prophylactique est certain et supprime le danger de l'opération tardive. »

Dans les cas où l'opération précoce n'a pu être faite au bon moment, il faut la faire plus tard, dans les intervalles.

Indications relatives.

« Opération de l'hydrops vésiculaire, quand l'état n'est pas absolument opposé à l'opération, parce qu'il s'infecte facilement secondairement et que l'ablation en est plus simple dans le stade aseptique.

KAPPIS : « En général, on évite trop l'opération. »

On attend trop la répétition des accès, les altérations irréparables.

La certitude de l'indication de l'opération précoce est diminuée :

1° Par le fait que le diagnostic de lithiase est souvent difficile et incertain. Les erreurs augmenteront avec l'opération précoce ;

2° L'opération dans les cas non compliqués a encore une certaine mortalité ;

3° Les récidives ne sont pas très rares.

« Il faut tendre vers l'opération précoce en tenant compte de toutes les circonstances. »

Dans les maladies aiguës de la lithiase vésiculaire, s'il y a :

a) Des *coliques qui disparaissent* sans altération grave ; l'indication d'intervention ne se pose pas. Le diagnostic et le pronostic sont comme dans l'opération précoce.

Quand le diagnostic d'altérations inflammatoires n'est pas certain et quand les accès ne se suivent pas rapidement.

b) *Inflammations de la vésicules :*

Opérer pendant la crise lorsque la crise inflammatoire est d'emblée accompagnée de phénomènes intenses.

L'opération est nécessaire quand, après une courte attente, il y a aggravation :

C'est l'*ectomie du premier ou deuxième jour*.

« L'ectomie est plus simple dans la crise aiguë que plus tard, quand il y a des adhérences.

L'opération est, d'ailleurs, plus facile à obtenir des malades. »

Contre-indications : Etat désespéré, lésions graves des organes...

ENDERLEN : « L'opération précoce est justifiée quand elle est ainsi comprise :

Intervention dans le jeune âge et au début de la maladie. »

Raisons en faveur de l'opération précoce : Les statistiques de Hotz montrent que la *mortalité est moins grande chez les jeunes*, qu'elle augmente fortement à partir de 50 ans. Après de longues années, il y a altération des organes; l'affection n'est plus localisée à la vésicule : elle s'étend aux canaux intra et extra-hépatiques et au pancréas.

L'opération simple au début se complique ensuite : adhérences, nécessité de faire la cholédocotomie, voire d'ouvrir le duodénum.

Le danger de l'ictère existe, ainsi que de la morphinomanie. 80 % des lithiasiques de Berlin sont morphinomanes.

Les malades auront peut-être un seul accès, mais on ne peut le prévoir.

Contre-indications : Crise très légère s'éteignant rapidement et ne se reproduisant plus.

L'expérience personnelle est pour beaucoup : c'est une question d'appréciation.

L'opération précoce est nécessaire et exigible : le plus jeune des malades opérés avait 10 ans ; opéré pendant la crise avec succès.

Contre-indications : Le refus du malade.

Les cas très légers, n'exigeant pas l'opération.

Si le malade vient avec une température élevée, des frissons, une tumeur vésiculaire sensible, de l'ictère grave, s'il y a perforation : *opération immédiate.*

Si la température est moyennement élevée, avec une tumeur vésiculaire peu douloureuse, attendre et *intervenir après quelques jours.*

L'opération est souvent nécessaire s'il y a une aggravation et pendant la crise.

Les indications absolues sont « l'hydrops de la vésicule », les accès répétés avec ou sans ictère, etc...

KREHL : C'est un médecin.

« Il n'y a pas de règles ; tous les cas sont des cas particuliers. »

Il y a indication pour fièvre, frissons, ictère persistant, etc.

« Mais le cas est à envisager de cette façon :

D'un côté la tendance du malade et sa résistance.

De l'autre la gravité du cas, surtout la tendance de la cholécystite à devenir envahissante, et son influence

sur la capacité sociale de l'individu; la présence et l'expulsion de calculs, la fréquence et la durée des crises. »

« Je suis tenté de ne pas conseiller trop tard l'intervention parce que l'intervention dans la cholécystite simple lithiasique est relativement peu dangereuse. »

« En somme plutôt opératif que non opératif et même très opératif. »

KUTTNER : « Je ne représente pas le point de vue commode : traitement interne d'abord jusqu'à ce que cela n'aille plus, puis appeler le chirurgien. »

« Je ne suis pas d'avis qu'il faille éliminer le traitement interne, mais pas plus que dans chaque cas une opération précoce soit indiquée. »

Les indications inconditionnelles :

Cholécystite aiguë séro-purulente ; dans les formes graves, *opérer dans les accès ou au début de l'intervalle.*

L'opération est absolument indiquée dans les processus de péricholécystite purulente, l'empyème chronique de la vésicule, l'hydrops (ne guérit pas spontanément), dans le moindre doute de cancer de la vésicule ou d'iléus calculeux.

Indications relatives conditionnelles :

Cholécystite chronique récidivante : à cause de la morphinomanie des lithiasiques, du facteur social, des lésions d'adhérence; la lithiase chez les porteurs de bacilles typhiques.

Contre-indications : chez les vieillards, diabétiques et obèses ;

Quand il y a des coliques rares et sans ictère ; quand chez des ictériques il y a à chaque crise expulsion des calculs ;

Dans le stade aigu d'obstruction cholédocienne.

ANSCHUTZ : « Le terme opératoire précoce n'est pas applicable aux calculs parce qu'il crée de la confusion. »

« *Il ne faut pas opérer dès le premier accès.* Mais si on entend sous le terme d'opération précoce :

1° *L'intervention au bon moment*, avant le stade d'infection grave, je suis partisan de cette opération précoce ;

2° Partisan également de l'opération précoce si ce terme suppose que le patient est opéré à un âge moins avancé qu'on ne le faisait autrefois et avec un bon état général. Il faut opérer *plus précocement* que jusqu'ici. »

L'opération précoce dans les accès est nécessaire et exigible dans la cholécystite fébrile, l'empyème, etc.

Contre-indication : Age avancé.

MORAWITZ (médecin) : « On ne peut répondre schématiquement. Chaque cas est un cas particulier. »

Il n'est pas partisan de l'opération précoce à cause des cas d'amélioration par traitement médical.

Il faut conseiller l'intervention s'il y a répétition des crises, ne cédant pas au traitement médical et quand le malade est gêné dans sa position sociale.

Opérer l'empyème, etc...

L'ictère n'est pas une contre-indication à l'opération précoce. Contre-indications générales.

VOIT (médecin) : « Au premier accès, traitement interne.

Si les phénomènes ne disparaissent pas après plusieurs semaines de traitement ou s'il y a des récidives, opération précoce. »

Opération précoce dans l'accès si on a un doute d'empyème ou des phénomènes péritonéaux.

Le moment de l'opération dépend des circonstances.

FINSTERER : « Les cas d'opération précoce heureux vaincront la résistance des médecins. »

« L'opération précoce est encore possible chez les vieilles gens pour éviter les complications.

L'âge importe moins que la durée et l'intensité des crises précédentes.

Les difficultés du diagnostic et les dangers de l'opération ne sont pas des contre-indications.

L'état général défectueux est le plus grave danger. »

Mais il est plutôt *partisan de l'opération précoce*.

Anesthésie locale plutôt qu'anesthésie générale. L'anesthésie locale améliore les résultats d'un tiers.

L'opération précoce a de l'importance pour l'amélioration des résultats durables.

Il ne peut se prononcer sur la question de savoir si

l'opération précoce met le malade à l'abri des récidives. Elle préserve en tout cas du cancer.

En principe, partisan de l'opération précoce.

« Au premier accès, je recommande l'opération ; au second, je la conseille vivement. »

Le danger n'est pas tellement grand, l'opération est facile.

PELS LEUSDEN : « Le véritable stade précoce est celui de l'inflammation et de la stase biliaire, qui conduit à la formation des calculs.

L'opération est déjà justifiée dans ce stade précoce, parce qu'elle évite les calculs et ses conséquences. On peut, de plus, découvrir des maladies des organes voisins. »

1° Opération précoce :

Aussitôt qu'on a les premiers symptômes de la présence de calculs, dans le premier accès ou peu de temps après.

a) *Est-elle justifiée ?* Oui. Parce que d'un seul coup on supprime le foyer de la maladie.

Elle est aussi justifiée dans les cas prétendus bons où les calculs s'éliminent spontanément.

Contre-indications : Celles de toutes les opérations graves.

b) *L'opération précoce est-elle nécessaire et demandée ?* Beaucoup de malades s'en sont passé : c'est une raison et on ne peut réclamer l'opération comme nécessaire dans tous les cas.

Le médecin doit exposer au malade ce qui l'attend si on ne fait pas l'opération.

L'opération précoce est nécessaire quand apparaît immédiatement une inflammation phlegmoneuse grave de la vésicule. On a surestimé le danger de l'opération à ce stade.

2° *Opération précoce dans l'accès* si l'opération précoce n'entre pas en ligne de compte.

1° *Indications absolues :*

Empyème phlegmoneux, crises répétées, surtout si le malade a tendance à la morphinomanie; dans la stase biliaire quand le malade est gêné, sans coliques, etc.

2° *Indications relatives :*

« Nous n'en connaissons pas. »

KIRSCHNER et KURTZAHN : Dans les complications menaçantes, l'opération immédiate est nécessaire.

Vu le peu de succès des traitements médicaux :

« Même en dehors des complications menaçant la vie, la lithiase biliaire doit être opérée sitôt qu'elle est reconnue avec certitude quand il s'agit d'individus sains par ailleurs et à un âge robuste.

1° *Opération précoce au stade de début dans toutes les lithiases.*

En général, le diagnostic certain n'est possible

qu'après plusieurs accès, il est rare que l'on opère dès le premier accès, sauf complications vitales.

2° Même en l'absence de complications menaçantes, *il faut opérer pendant l'accès.*

L'opération doit être précoce par rapport à la crise.

Nécessité de l'*extirpation de la vésicule*. Exploration des voies profondes, même s'il n'y a jamais eu d'ictère. *Pas de drainage* du cholédoque ; *on referme de première intention.*

La cavité abdominale est drainée, même dans les bons cas.

Il ne faut pas pour cela opérer dans les premières heures de l'accès; il faut préparer le malade.

SCHLOEFFER :

1° Opération précoce pendant la crise.

2° Opération précoce au début de la lithiase.

« L'opération est justifiée dans les deux cas quand les gens sont jeunes et par ailleurs en bonne santé. »

1° Indications absolues pendant la crise :

Perforation, extension de l'inflammation au péritoine et obstruction cholédocienne.

Contre-indications à l'opération :

Constitution, âge, cœur, adiposité...

Mais l'urgence de ces indications n'est pas comparable à celle de l'appendicite.

2° L'opération précoce chez le malade en bon état est un bon moyen d'éviter les récidives et les complications possibles,

Etant donnée la probabilité, dans chaque cas particulier, il faut *renoncer à l'opération précoce* dans tous les sens chez les *personnes âgées* ou pas bien portantes, sauf indications spéciales.

Indications absolues de l'opération précoce à froid :

Répétition des accès insupportables pour le malade; raisons sociales et autres.

Ou complications spéciales au cours de l'accès : péricholécystite, abcès, angiocholite.

ROVSING : « L'opération précoce, c'est l'opération après une ou plusieurs coliques, avant l'apparition de symptômes infectieux. »

« Le médecin est non seulement autorisé, mais encore tenu de recommander l'opération précoce :

1° « Parce que, par une opération sans danger, la cholécystectomie, on peut supprimer les calculs et par là le danger de l'ictère, de la gangrène de la vésicule, du cystique, des voies biliaires. »

2° « Parce que par là on réduit au minimum les indications de la cholécystectomie et que l'on *conserve* (en faisant une cholécystostomie) *au malade une vésicule normale et susceptible de fonctionner.* »

Contre indications :

Quand le malade refuse l'opération ;

Ou qu'il est affaibli par une autre maladie grave ;

Dans les cas où l'opération précoce n'entre pas en ligne de compte.

Les indications absolues sont :

Infection, cholécystite, un calcul étranglé dans le cystique avec empyème et gangrène.

HOTZ : a) *L'opération dans les crises (24 heures)* est justifiée quand les symptômes cliniques témoignent d'*infection grave*. Ne pas attendre gangrène, péritonite...

Opérer au stade aigu quand il y a eu plusieurs accès et qu'on peut prévoir que le malade refusera l'opération après extinction de la crise.

Opérer dans les intervalles chaque fois que la chose est possible, parce que la mortalité opératoire dans les intervalles est de moitié.

b) Les malades qui ont eu plusieurs crises jusqu'à 40 ans, sans avoir pu éviter les récidives par le régime et le traitement médical, doivent être soumis précocement à l'opération, avant que les crises prennent le caractère de gravité.

L'opératoir précoce dans le jeune âge a 4 % de mortalité; elle peut être diminuée. Et les patients seront délivrés par l'ectomie et accepteront plus facilement l'opération.

c) Si la lithiase se manifeste après 45 ans, si les organes ne sont pas en parfait état, il faut recommander le traitement médical répété, à cause des dangers de l'opération, tant que l'on réussit à améliorer l'accès et à éviter les complications graves.

L'infection biliaire, la prostration, les conditions sociales obligent à l'intervention.

Plus le malade est vieux et débile et plus il faut avoir recours à la médecine et plus il faut se borner aux indications vitales : la cystostomie n'est pas à dédaigner.

« Les déceptions viennent de ce que, chez les jeunes, on soigne trop longtemps médicalement, et chez les vieux on a trop tôt recours à l'opération, »

Le problème est dominé par les causes organiques et la question de l'âge.

OEHLECKER (médecin praticien) : Le terme d'opération précoce est mauvais :

Est-ce précocité dans la lithiase, ou dans l'accès ?

Conseils aux praticiens :

Les cholécystites aiguës et les complications cholédociennes sont à adresser immédiatement au chirurgien.

« Dans les *coliques lithiasiques*, j'attends un ou plusieurs accès, puis j'appelle le chirurgien, d'autant plus tôt que les phénomènes inflammatoires sont plus marqués : fièvre, sensibilité à la pression. »

Tenir compte des circonstances individuelles et de l'âge; opérer de préférence avant 40 ans.

Il ne faudrait pas d'opinions extrêmes entre médecins et chirurgiens : cela nuit à la confiance du malade.

KUTTNER : C'est la conclusion de l'enquête.

« Le grand nombre des réponses montre l'importance de la question. »

Il se propose de résumer le point de vue général :

1° *Discussion du terme : Opération précoce.*

Il faut distinguer : Opération dans le jeune âge et réserver le terme d'opération précoce à l'intervention immédiate lors de l'accès.

« On ne peut parler d'opération précoce des calculs

biliaires : le véritable *stade précoce* est le *stade d'inflammation de la vésicule et de stase biliaire.* »

2° *Il y a accord sur les indications absolues :*

Cholécystite, phlegmon, processus ulcéro-purulent, empyème, danger de perforat., participation pancréatique, obstruction chronique du cholédoque, doute du cancer...

« L'hydrocolécyste pose tantôt des indications absolues, tantôt des indications relatives. Si l'hydrops est stérile et que le malade soit surveillé, l'opération immédiate n'est pas absolument nécessaire. Il faut tenir compte des circonstances externes et individuelles. »

De même, la cholécystite chronique récidivante pose des indications absolues pour certains. Pour la majorité, l'opération est nécessaire quand il y a des accès répétés et fréquents, malgré le traitement interne soigneux et qu'ils diminuent la capacité de travail.

3° *Les réponses diffèrent* sur la question de savoir si, dans ces cas, il faut opérer *pendant la crise* (premier ou deuxième jour), ou *dans les intervalles.*

Plusieurs réponses mentionnent que le malade se remonte plus facilement après l'opération faite dans la crise. Ceci ne doit pas avoir d'influence déterminante.

S'il y a des *phénomènes menaçants*, il faut opérer *pendant l'accès ;*

Mais si l'état *paraît sans dangers*, on attendra les *intervalles.*

« Schmieden a raison quand il dit que les chances de guérison aseptique sont plus grandes dans les opérations faites dans les intervalles que dans celles faites dans le accès. »

« Les indications posées par des gens compétents sont, malgré tout, des *lignes de conduite générales.* »

Il faut tenir compte de ce que tous les chirurgiens n'ont pas la même expérience de la chirurgie des voies biliaires ; le danger de la péritonite est moindre, dans l'opération dans

les accès, pour le bon opérateur. Celui qui a moins d'expérience est obligé d'accepter le risque quand, de côté autorisé, l'opération est considérée comme indiquée. »

« *Quand les coliques sont rares et peu graves, les chirurgiens non radicaux croient devoir attendre, dans l'espoir d'arriver à la latence par le traitement interne ; il n'y a pas de règles générales dans ce cas. Il y a un rôle décisif joué par le patient dans ce cas.*

Les contre-indications sont les mêmes pour tous. »

« *Les chirurgiens radicaux semblent en minorité. On ne peut accepter le point de vue de l'opération dans le jeune âge « de toute façon » à cause de la mortalité de 2 % et parce que le malade peut guérir autrement. Les bonnes conditions dans le jeune âge ne justifient pas l'opération de « toute façon ».*

Mais que disent les statistiques médicales ?

« *Un point reste mal éclairé dans cette discussion.*

Les médecins reconnaissent les indications absolues. Mais est-il possible de faire un diagnostic assez précoce pour que l'opération réussisse ?

Il faut bien surveiller le malade si on attend, car les complications peuvent arriver très brutalement.

En tout cas, choix conscient du danger d'une trop longue attente. »

MOSCOWITZ (conclusion) : « Médecins et chirurgiens sont d'avis très différents. *Les médecins font les mêmes objections que dans la question de l'opération de l'appendicite.*

Un jour on reconnaîtra pour les voies biliaires l'indication radicale comme pour l'appendicite. La discussion n'est pas close. »

Si les chirurgiens avouent 2 % de mortalité, combien les médecins devraient-ils en avouer ?

10 % d'après Bender chez les non opérés. Il regrette que les chirurgiens n'aient pas pris position vis-à-vis de l'opération anastomotique cholédoco-duodénale, qui éliminerait la récurrence et les longs drainages.

L'adaptation physiologique est facile après ectomie.

Voici les réponses à l'enquête de Von Bergmann.

Ce sont les réponses de cliniciens.

Combien de lithiasiques réussissent-ils, par le traitement médical, à éviter l'intervention chirurgicale ?

UMBER, à Berlin, a dû envoyer pour l'opération seulement 4,4 % de ses lithiasiques pour « indications vitales ». Il fit opérer en tout 12 % de ses 888 cas. Mais il ne dit pas ce que sont devenus les 96 % non opérés.

SCHITTENHELM, à l'hôpital de Kiel, a fait faire des recherches. 40 % des malades renvoyés comme guéris ont subi de nouveaux accès. Environ 25 % sont morts de leur maladie ou furent opérés.

TALLQWIST (Helsingfors) : Des 102 cas examinés, 9 sont morts de leur maladie au bout de 6 ans ; si

l'observation avait été poursuivie plus longtemps, pense-t-il, le chiffre aurait été plus élevé ; 24 furent opérés.

Sur 100 cas de lithiase, il succombe, pense-t-il, 1/10 ou 1/12 des malades. Dans 1/4 des cas l'opération fut nécessaire. Il faut admettre que 1/3 ont été guéris.

JAGUTTIS, à Könisberg (1926) a suivi, de 1900 à 1914, 114 malades ; 16 % étaient morts de leur maladie.

Dans 88 cas traités médicalement, 21 moururent d'autres maladies.

Des 67 restants, 9 moururent de leur lithiase, soit 13 %.

15 eurent de nouveaux accès semblables aux premiers, soit 22 %.

6 eurent de légères atteintes (se déclaraient contents), soit 9 %.

37 se rétablirent complètement, soit 55 %.

Ainsi, de bons résultats pour 64 % des cas traités médicalement.

Seulement 58 survivants dans les cas cités, soit 74 %.

Ces enquêtes sont closes en 1925.

Evolution de la question depuis 1925

Après ces longues discussions sur le bien-fondé de l'intervention précoce systématique dans les accès, et l'intervention précoce dans l'évolution de la maladie lithiasique, on ne retrouve dans la littérature allemande que peu d'articles sur ce sujet.

STICH, en 1927, se prononce dans le débat pour l'opération précoce et l'intervention dans les accès:

Il apporte les résultats de sa propre expérience.

Il a fait 1.500 opérations pour calculs biliaires.

Pour 150 cholécystectomies simples (sans cholédocotomie) pour cholécystite lithiasique aiguë il a eu 3 % de mortalité.

« Je désirerais une statistique exacte s'étendant sur 10 ou même 20 années, des cas de lithiasie traités médicalement. La mortalité apparaîtrait alors bien supérieure à 3 %.

Et encore, parmi les malades opérés pour état aigu entrent des cas où l'on avait un processus phlegmoneux, des perforations, des péritonites, des vésicules gangrénées. »

Il ne faut donc pas hésiter à intervenir dans l'état

aigu, pendant les accès, ou dans les huit premiers jours.

L'âge moyen chez ses opérés était de 42 ans et ils avaient souffert des années et même des dizaines d'années avant de se faire opérer.

Par contre, il a enlevé pas mal de vésicules sans calculs, mais atteinte de cholécystite aiguë, d'origine typhoïdique, avec une mortalité élevée.

« Je suis d'avis, comme chirurgien, dit Stich, que nous n'avancions dans les questions de lithiase biliaire qu'en étant partisan du traitement radical. Il faut convenir que le traitement médical méthodique parvient, dans quelques cas isolés, à faire disparaître les coliques hépatiques pour un temps plus ou moins long.

Mais aucun traitement médical ne donne la certitude que viendra un stade exempt d'accès, ni qu'il durera longtemps. En tout cas, on ne peut prétendre que la mortalité dans le traitement médical puisse être inférieure à la nôtre.

Une proportion assez considérable des cas traités par la méthode conservatrice (nos statistiques nous l'enseignent), parviennent à un stade où l'opération devient finalement nécessaire — opération plus ou moins d'urgence — avec des chances essentiellement diminuées de voir le malade définitivement guéri, et assurément avec des sacrifices considérables.

Il est très regrettable que non seulement tous les médecins, mais aussi beaucoup de chirurgiens n'osent pas prendre librement et ouvertement fait et cause pour l'opération au cours des accès aigus de lithiase,

bien, que la mortalité de celle-ci dans les cas sans complications, comme le montre notre statistique, soit à peine plus élevée que la mortalité dans les péri-typhlites aiguës.

Lorsque se sera répandue la conviction que le malade souffrant de coliques hépatiques, tout comme celui atteint de grave typhlite relève rapidement de la table d'opération, la mortalité opératoire de ces deux groupe ne différera plus sensiblement. Nous souhaitons que cette époque ne soit pas trop éloignée. »

ANSCHÜTZ, en 1927, commente la statistique de Enderlen et Hotz. Il constate qu'elle fut divisée en deux groupes :

Opérations dans les intervalles ;

Opérations dans les accès,

dont le pronostic est très différent. Il insiste dans cette voie et faisant la statistique de l'hôpital de Kiel, oppose les résultats des opérations dans les accès et des opérations dans les intervalles. Il oppose ses propres résultats à ceux indiqués par Hotz et Enderlen.

La mortalité pour les cholécystectomies et les cholécystostomies varie entre 1 % et 3,1 % pour les opérations à froid, dans les intervalles, c'est-à-dire « quand la fièvre est au-dessous de 38° et qu'il n'y a pas d'ictère ».

Tandis qu'elle s'élève entre 11,4 et 22 % pour les opérations pendant les accès où la température est au-dessus de 38° et où il y a de l'ictère.

Des chirurgiens ont fait l'opération précoce dans l'accès, pour des cholécystites lithiasiques.

NORDMANN a opéré 97 cas sans décès ; BRUTT a 2 % de mortalité ; RINGER 4,7 % ; ZOEPPFEL arrive à 7,5 % de décès.

La différence considérable entre les chiffres de Enderlen et Hotz et ceux de l'hôpital de Kiel est contre l'opération dans les accès.

La courbe de mortalité établie par Anschutz ne s'élève pas autant avec l'âge que le disent les statistiques précédentes, mais la mortalité s'élève plutôt pour les gens âgés opérés dans les accès, beaucoup plus que ne le dit Hotz.

HABERER, KUTTNER, HOFFMEISTER s'élèvent aussi contre les idées exprimées dans les traités : à savoir que l'âge de 40 ans est indiqué comme un âge critique pour les interventions pour lithiase.

Anschutz, tout comme ces chirurgiens, a eu de bons résultats opératoires chez les gens âgés opérés dans les intervalles, en tout cas par rapport aux résultats des opérations faites dans les accès.

Pour lui, le principal danger des opérations de lithiase ne se trouve pas dans l'âge avancé, ni dans la plus ou moins longue durée de la maladie, mais plutôt dans la rétention biliaire, l'insuffisance hépatique, l'ictère clinique, l'acidose, les infections aiguës, la fièvre qu'il faut traiter médicalement. Dans les cas graves, il faut faire une cholécystostomie et faire, avant et après, un traitement médical.

En dehors de l'accès, on peut opérer des gens âgés sans trop de danger. L'idéal est évidemment d'opérer à un âge moins avancé. La fièvre et l'ictère sont plus

redoutables quand les symptômes de lithiasse apparaissent pour la première fois à un âge avancé.

Il n'a pas l'expérience de l'opération précoce du principe dans chaque accès léger, mais il rejette, comme la majorité des chirurgiens, dans l'enquête de la *Medizinische-Klinik*, le parallèle avec l'appendicite.

Anschutz, avec la majorité des chirurgiens, dit-il, s'en tient aux règles suivantes :

— Dans les cas graves où il y a des signes d'irritation péritonéale, de la température, l'intervention immédiate ne saurait pas se discuter, l'attente présentant les plus graves dangers. Donc intervention précoce dans l'accès, malgré 15 % de mortalité.

— Dans les cas moyens, intervention précoce dans les 48 heures; avec, comme Zoppfel, 7,8 % de décès.

— Dans les cas légers, opération précoce dans les intervalles. On fait un traitement médical. Il est toujours temps d'intervenir si l'accès ne disparaît pas. On surveille la température, l'état local surtout, les douleurs, la bilirubine.

— Dans les obstructions aiguës du cholédoque, sans fièvre, médecins et chirurgiens sont d'accord pour ne pas différer l'opération plus de trois ou quatre semaines. Le dénouement spontané n'est pas à attendre. Il y a dangers menaçants dus à la stase biliaire, aux lésions consécutives du foie et des autres organes, et du fait de la « diathèse hémorragique cholémique ».

Si elle était niée autrefois, les recherches modernes, avec Petren, ont établi qu'elle se produit rarement

avant la deuxième semaine d'une obstruction par des calculs, en général vers la troisième, quatrième semaine. On y pallie par un traitement approprié.

Schématiquement, dans la lithiasé biliaire :

— Opération de choix dans les intervalles pour coliques hépatiques.

— Opération précoce de principe dans les accès, dans les cholécystites aiguës lithiasiques, les rétentions d'origine calculaire avec fièvre, ictère, dans tous les cas moyens.

— Opération précoce de choix dans les cas graves, dans les cholécystites aiguës, les perforations, etc.

Quels sont les résultats éloignés ? On peut difficilement apprécier les résultats. Les statistiques varient entre 60 et 80 % de bons résultats, 5 et 15 % de mauvais résultats, 10 et 20 % de résultats médiocres.

Anschutz, sur 330 cas, a 70 % d'opérations entièrement concluantes, 15 à 20 % de malades satisfaits ; ce qui fait 85 à 90 % de résultats favorables et 10 à 12 % de mauvais résultats.

UMBER, sur 66 malades opérés, en a suivi 40 (66 %) ; 40 % se rétablirent, 20 % n'avaient plus que des troubles intestinaux, 40 % eurent à nouveau des coliques ou de l'ictère. Pour ce médecin, les malades opérés qui restent sans troubles, sont en minorité. Mais, comme le dit Anschutz, ces chiffres sont très élevés et en contradiction avec les résultats obtenus en général.

On lui oppose la statistique de GRAFF: 73 % de rétablissements totaux ; de LIEK: 68 % de bons résul-

tats ; de HOTZ: 90 %; de STICH: 83 %; de ROHDE: 80 %; de RINGEL: 72 %.

Dans l'interprétation étiologique des insuccès après les opérations de lithiase, les avis variaient autrefois. On les attribuait à la formation de nouveaux calculs et aux adhérences.

Maintenant on se tourne vers « les troubles fonctionnels » de l'appareil biliaire.

V. Bergmann donne une grande importance au point de vue fonctionnel. Non seulement pour la critique des troubles de récurrence, mais encore lorsqu'il s'agit de poser l'indication d'intervention.

Par les opérations précoces de principe et sans choix sur chaque vésicule ayant des accès de douleurs, « on ne supprime pas la disfonction nerveuse et la cholécystopathie ». On constate même souvent que les résultats d'ectomie de la vésicule sans calculs sont bien plus mauvais que celle de la vésicule lithiasique.

Anschutz, résumant les tendances de l'époque, dit en 1927 : « *Les dangers de l'opération dans la lithiase s'amoindriront* :

Par l'exécution plus fréquente des opérations en temps opportun dans les intervalles;

— Par des opérations en temps opportun dans les accès;

Par un meilleur traitement avant et après l'opération. »

« *Les résultats durables s'amélioreront* :

Par l'opération en temps opportun;

En évitant l'opération dans les troubles fonctionnels nerveux du système biliaire avec ou sans calculs (pour

établir ce diagnostic l'aide des médecins sera très utile);

En évitant les opérations itératives. »

« Les indications chirurgicales doivent être modifiées :

1° Sur la base des nouvelles méthodes de traitement interne ;

2° Sur la base de nouveaux diagnostics fonctionnels et radiologiques des vésicules biliaires.

Sur le premier point, le chirurgien doit convenir que les nouvelles méthodes de traitement médical peuvent être utiles dans les cholécystites légères, les stases biliaires... Mais est-ce à dire que les nouvelles méthodes de traitement (sulfate de magnésie, lobe postérieur d'hypophyse) rendront plus rares les récidives ? Les calculs plus ou moins incarcérés dans une vésicule rétractée se laisseront-ils influencer ? » « Le drainage interne » dont il est question dans la littérature médicale est surfait.

La chirurgie fera un gain énorme par les progrès du diagnostic fonctionnel et radiologique des canaux biliaires. On établira plus rapidement et plus précocement les indications d'ectomie des vésicules biliaires obstruées et atrophiées. On éclaircira des états maladroits de la vésicule biliaire jusque-là inconnus ou à peine compréhensibles, l'hypertonie, l'hypotonie et tous les troubles fonctionnels. En écartant ces cas de l'intervention chirurgicale, on diminuera les insuccès. »

Anschutz donne comme proposition finale :

1° Dans la lithiase biliaire, l'opération précoce au sens de Enderlen et Hotz dans les intervalles est d'au-

tant plus à conseiller que le danger des opérations en cas d'accès (en cas de fièvre ou d'ictère ou des deux) s'élève considérablement avec l'âge. Le danger des opérations dans les intervalles (sans fièvre, sans ictère) reste au contraire à peu près égal et faible, alors qu'on avance en âge (jusqu'à 60 ans, de 1 à 2 %, plus tard, 4 à 5 %).

2° Les opérations précoces de principe des lithiases biliaires comme pour l'appendicite, ne sont pas à conseiller. Dans les accès légers de coliques, traitement interne. Dans chaque accès sérieux s'accompagnant de cholécystite, opérer précocement parce que la propagation élève le danger.

3° Les résultats durables ne sont pas encore entièrement satisfaisants. Ils pourraient être améliorés par le perfectionnement de la technique, l'opération en temps utile et en évitant autant que possible les cas de « troubles nerveux fonctionnels ».

4° Les nouvelles méthodes d'examen fonctionnel et d'examen radiologique nous laissent espérer un progrès de la chirurgie des voies biliaires. »

Et Anschutz constate qu'à la fin de ce grand débat sur le « pour et le contre des opérations précoces », les indications d'intervention pendant l'accès, si l'on en a beaucoup discuté, « ne sont pas plus claires qu'au temps du rapport de Enderlen et Hotz ». Car la plupart des chirurgiens n'opèrent pas pendant l'accès.

Mais il n'en demeure pas moins « que les opérations biliaires doivent être exécutées sur indices et précocement ».

« Dans les cas douteux, il vaut mieux opérer plusieurs fois trop tôt qu'une fois trop tard. »

En principe, opérer dans les intervalles dans les cholécystites récidivantes, mais avec tendance à opérer plus tôt dans le cours de l'évolution de la maladie, et chez des gens encore jeunes.

« Le but du traitement interne est dans la majorité des cas un but de résigné. Parler de « latence des calculs », c'est éloigner le traitement de la lithiase et, avec lui, la guérison.

Si la chirurgie est impuissante vis-à-vis des troubles de nutrition, tout comme la médecine, elle a au moins le mérite de supprimer la source de ces troubles, les troubles « mécano-anatomiques » vis-à-vis desquels la médecine est impuissante.

Et qu'est-ce que la latence des calculs ? C'est une période de troubles indistincts. Mais les calculs causent pendant ce temps de soi-disant latence, des troubles profonds qui peuvent éclater soudainement et conduire à la catastrophe. « Les calculs biliaires innocents », c'est un mythe, s'écrie William Mayo.

La médecine semble revenir à la charge du traitement de la lithiase. Mais le chirurgien doit maintenir sa position.

BUDINGER, en 1929, dit sa conviction que la majorité des affections de la vésicule biliaire commencent dans le jeune âge. Une bonne partie des malades sont opérés, en effet, avant 35 ans, parce qu'ils ont des complications, l'autre beaucoup plus tard.

« Depuis longtemps on a observé qu'il y a un ter-

rain favorable pour la lithiase, principalement les ptoses abdominales, les reins flottants, etc... » ce qui explique la grande fréquence de la lithiase chez la femme.

Bartel considère la diathèse de la cholestérine comme une expression de l'hypoplasie et met la formation des calculs en connexion avec une faiblesse de l'organe.

Budinger, cherchant les causes favorisantes de la lithiase, les voit dans :

le bas-fond exagérément abaissé, les véhicules exagérément allongées avec remplissage exagéré que l'on observe souvent dans la lithiase ;

les vésicules en pendule à fixation défectueuse ; les syndesmôses naturelles entre la vésicule et le côlon que l'on observe aussi dans la lithiase.

La vésicule mobile souffrira souvent de coudure, de torsion, de tiraillements.

La coudure est due à un mauvais remplissage : elle est le signe d'une vésicule hypotonique. Les tiraillements trouvent leur origine dans les adhérences.

Tous ces mécanismes provoquent l'engorgement de la vésicule et des coliques vésiculaires qui ne sont pas lithiasiques.

L'engorgement de la vésicule est dû à un accroissement autochtone, résultat de l'inflammation et de troubles de la nutrition : c'est ce qu'il appelle « la cholécystite mécanique ». Et cette cholécystite mécanique donne lieu à la formation de calculs biliaires.

Mais souvent elle est aussi le résultat de la présence des calculs ; elle peut aller jusqu'à l'ulcération ; c'est la cholécystite mécanique calculeuse.

Pour Budinger, au point de vue opératoire, il faut différencier ces deux cholécystites :

« , Dans les cholécystites mécaniques sine calculo, avec paroi de la vésicule saine ou presque, il faut faire un traitement conservateur en principe en considérant les chances de guérison; mais on peut faire aussi une cholécystectomie. Mais il faudra aussi traiter toutes les hypoplasies des autres organes.

Enfin dans la *Medizinische Praxis*, KOERTE, en 1930, admet définitivement le principe de l'opération précoce dans l'accès et constate l'accord général des chirurgiens allemands.

« Mais c'est sur les opérations précoces préventives que l'entente ne règne pas : ni sur son principe, ni sur le mode d'intervention. »

« Les opérations précoces préventives sont à conseiller dans une plus large mesure, mais l'exécution pratique se heurte à bien des difficultés. Ce n'est pas comme l'appendicite.

Opérer dans les premières atteintes de lithiase, après un simple accès de coliques légères, c'est faire un pronostic à échéance éloignée. »

Même si le diagnostic de calcul est sûr, il est douteux que le malade qui ne souffre pas se décide à l'intervention. « Quand ces coliques apparaissent vers 20-30 ans, on ne peut recommander l'intervention, si tout se passe sans cholécystite.

Mais si ces premiers accès s'accompagnent de cholécystite, il faut faire une intervention précoce dans les intervalles. » C'est pour Körte une indication absolue : il suit sur ce chemin Enderlen et Hotz.

Mais les médecins n'acceptent pas ce point de vue. Ils estiment que ces premiers accès peuvent être jugulés, que par conséquent, l'opération ne se justifie pas. Mais, leur répondent les chirurgiens, le malade peut aussi entrer dans une phase inflammatoire chronique, avec tous les dégâts que cela comporte et auxquels le chirurgien doit s'opposer.

« Si ce premier accès se produit vers 50 ans, sans symptômes avant-coureurs, on ne peut parler d'opération précoce préventive dans les jeunes années. Mais l'âge ne fait rien pour l'opération, mais plutôt l'état du malade. » Ces malades seront opérés immédiatement.

« La découverte fortuite d'un calcul n'indique pas, en l'absence complète de maladie, une opération immédiate, mais hâterait plutôt l'intervention au cours de coliques hépatiques ultérieures. »

Mais ne pas attendre les lésions graves des canaux biliaires, ni du foie pour intervenir. L'examen de la fonction hépatique nous dira si l'intervention est utile. Les méthodes récentes d'exploration amélioreront peut-être le pronostic de l'opération.

Et Körte n'est cependant pas « un chirurgien très radical ».

Nous avons rapporté ce qu'avaient écrit les chirurgiens de langue allemande dans la période contemporaine. Nous l'avons fait aussi fidèlement que possible et sans prendre parti.

Mais nous croyons pouvoir tirer quelques réflexions de ces lectures, partielles, assurément

DEUXIÈME PARTIE

**Problèmes thérapeutiques
en discussion
dans les travaux contemporains
de langue Allemande**

Le Problème de l'Opération précoce systématique

Nous avons dit que nous n'envisagerions pas les indications chirurgicales dans les cholécystites aiguës lithiasiques sous toutes ses formes.

Les extraits des articles allemands que nous avons donnés, montrent la tendance générale précise vers « l'opération précoce dans l'accès », dans ces complications de la lithiasie. L'accord semble réalisé entre médecins et chirurgiens.

Mais ce qui retiendra notre attention, c'est la tendance en faveur de l' « opération précoce préventive » qui semble s'affirmer de plus en plus en Allemagne.

Comment les chirurgiens allemands conçoivent-ils l'opération précoce systématique ?

L'opération précoce doit atteindre un double but :

1° Mettre le malade à l'abri des complications infectieuses et des accidents mécaniques qui, tôt ou tard, causeront dans la vésicule, et peut-être le cholédoque, l'hépatique, au foie, au pancréas, des lésions irrépara-

bles qui mettront sa vie en danger et obligeront à faire une opération d'urgence dont le pronostic reste grave et la mortalité élevée ;

2° Supprimer toute possibilité de récidives. Il convient d'intervenir au début de la lithiase avant l'apparition de l'infection et des accidents mécaniques. Dès que le diagnostic de lithiase se confirme, après plusieurs accès de coliques vésiculaires, dès que l'on est en droit de soupçonner la participation d'une « inflammation de la vésicule par les calculs » et quand la présence des calculs a été vérifiée radiographiquement, avant l'apparition de la cholécystite, l'opération semble justifiée.

On fera une cholécystectomie simple, sans drainage et les deux propositions seront réalisées.

Nous sommes loin de la conception française du traitement de la lithiase biliaire. Alors que l'opération est réservée en France aux accidents de la lithiase, à la cholécystite aiguë et à la cholécystite chronique, en Allemagne on admet le principe de l'opération des lithiases sans cholécystite et on a déjà opéré souvent après de simples coliques lithiasiques répétées.

Cette tendance allemande vers une opération plus précoce, au début de la lithiase, semble entrer dans les vues de MM. BERARD et MALLET-GUY. Dans un article publié en 1932, dans la *Presse Médicale*, ces chirurgiens insistent sur cette forme de lithiase aseptique, ou mieux de lithiase sans cholécystite. Il semble que l'on puisse « affirmer aujourd'hui l'origine aseptique de certains calculs vésiculaires », disent-ils. Et dans ces formes de lithiase, formes *encore* aseptiques

de lithiase, les lésions de la vésicule sont souvent minimes ; toute inflammation est absente et ce sont des lésions aseptiques.

Mais le diagnostic certain de cette lithiase est très difficile, et même impossible à l'aide des seuls signes cliniques. Cette forme de lithiase « représente réellement le triomphe des méthodes d'exploration fonctionnelle des voies biliaires : l'analyse des renseignements qu'elles fournissent définit un syndrome très précis, permet de faire le diagnostic avant l'intervention et est susceptible de dicter les indications chirurgicales nettes ».

Nous reparlerons plus loin de ces méthodes d'exploration fonctionnelle et de tout l'intérêt qu'elles présentent pour le diagnostic et le choix de l'intervention.

Mais un diagnostic précis de lithiase aseptique comporte, pour ces auteurs, du point de vue thérapeutique, la conclusion de ne pas différer le traitement chirurgical : « Rien ne servira sans doute, comme nous l'avons indiqué avec L. Vachez, malgré le peu de gravité des symptômes, malgré le syndrome pur de coliques hépatiques sans infection, de s'attarder à un traitement médical du hydro-minéral. L'épreuve du tubage duodénal indique bien la possibilité d'une amélioration par drainage médical de la vésicule, mais l'affirmation des calculs qu'apportent les clichés cholécystographiques, montre le caractère aléatoire du bénéfice que, d'une telle thérapeutique, retirerait le malade, en même temps qu'il annonce le cycle à venir des complications mécaniques et infectieuses de la lithiase vésiculaire. »

Cette idée thérapeutique, les auteurs de langue allemande semblent l'avoir acceptée, nous l'avons vu *et ils donnent tous les mêmes arguments en faveur de l'opération précoce systématique.*

L'opération précoce systématique mettrait le lithiasique à l'abri : 1° des accidents d'infection aiguë, de la cholécystite aiguë, des empyèmes de la vésicule, de la perforation, de l'angiocholite, des affections du foie et du pancréas ;

2° des affections lithiasiques chroniques de la vésicule et des voies biliaires, de l'hépatite et de la pancréatite chroniques.

L'opération précoce a l'avantage de soulager au moins le malade, de lui éviter des souffrances et des dangers considérables, des soins longs et coûteux.

Au point de vue social, les Allemands y insistent, elle permet la récupération de certains individus.

Elle met le malade à l'abri de certains ennuis du traitement médical, de la morphinomanie notamment, qui semble fréquente en Allemagne chez les lithiasiques.

Et surtout l'opération précoce est une opération relativement peu dangereuse quand elle est faite avant la période de l'infection et en dehors des accès de coliques.

L'opération est simple et peut être réduite au minimum ; cholécystectomie simple sans drainage quand on intervient assez précocement.

Les suites en seront d'autant meilleures que l'opération aura été plus précoce et que les lésions seront

moindres. L'opération « dans les jeunes années » a une mortalité moins élevée.

Si elle est retardée, elle deviendra, dans la majorité des cas, nécessaire et on devra la pratiquer dans de bien moins bonnes conditions : d'où mortalité plus élevée et suites moins bonnes, surtout en raison de toutes les lésions consécutives à l'infection.

Les arguments contre l'opération précoce systématique sont de poids, il faut l'avouer.

Les médecins opposent surtout à cette tendance le fait que beaucoup de lithiasiques supportent très bien leurs calculs, et que ces derniers sont souvent des découvertes fortuites, même d'autopsie.

Souvent après une ou deux crises de coliques lithiasiques, le malade semble guéri ou du moins connaît une longue période de latence. Certains n'arrivent jamais au stade de lithiase infectée.

Le traitement médical donne souvent de bons résultats. Si beaucoup de chirurgiens acceptent le principe de l'opération précoce préventive, mais s'y refusent dans la pratique, c'est parce que la mortalité reste encore trop élevée même pour les opérations faites dans les conditions les meilleures : elle est de 1 à 2 %. On n'a pas le droit, disent médecins et chirurgiens, de faire courir au malade un pareil risque tant que l'état du malade ne pose pas une indication absolue ou seulement relative.

L'opération précoce de principe se heurte à des difficultés pratiques : le malade se refuse souvent à l'intervention, surtout quand il n'a eu qu'une ou deux

poussées de coliques vésiculaires bénignes. Il ne veut pas courir un risque qu'il juge trop grand : et cette appréhension est fort légitime.

Il ne semble pas que l'argument « récédive après ectomie » conserve une valeur aujourd'hui, au moins pour les chirurgiens allemands.

Tels sont les arguments qui ont été formulés pour ou contre l'opération précoce.

Le problème est de savoir si les avantages que peut offrir l'opération précoce sont supérieurs aux inconvénients, aux risques qu'elle présente. Mais de l'avis même des Allemands, on manque encore de recul pour juger de la valeur de cette méthode et la discussion n'est pas close.

Cholécystectomie ou cholécystostomie dans l'opération précoce

Le principal obstacle qui s'est opposé jusqu'ici à l'entrée dans la pratique du principe de l'opération précoce, ce sont les aléas de la cholécystectomie.

La cholécystectomie reste, malgré tout, relativement grave. Et on n'est pas en droit de la conseiller au malade, tant que la gravité de son état ne l'impose pas. On la lui fait accepter difficilement, comme l'ont fait remarquer les auteurs allemands et MM. Bérard et Mallet-Guy.

Mais n'est-il pas possible de substituer à ce mode d'intervention qui présente encore des risques considérables, une opération beaucoup plus simple et moins dangereuse ?

Il semble que la cholécystostomie pourrait remplacer avantageusement la cholécystectomie comme intervention de choix dans certaines lithiases et à un certain stade de la lithiase.

Des auteurs allemands ont essayé de réhabiliter la cholécystostomie, à la suite des recherches de Rovsing semble-t-il,

Un chirurgien allemand, HABERER, l'a employée avec succès.

Au Congrès de Chirurgie de Francfort-sur-le-Mein, en 1928, on a discuté de la valeur de cette intervention chirurgicale.

SCHMIEDEN, un autre défenseur de la cholécystostomie, a réuni les résultats de cette discussion. A 20 % des récidives de coliques après cystostomie, s'opposent 80 à 90 % de succès parfaits ; il croit qu'on évitera à l'avenir les cholécystectomies superflues.

En 1929, BRENNER, pour la défense de cette idée, se base sur les statistiques. « Kehr, de 1890 à 1894, avait fait de nombreuses ectomies et, en raison des récidives fréquentes, il avait adopté la cholécystectomie. Mais on a vu depuis que cela ne mettait pas les malades à l'abri des récidives. Pour 2.000 ectomies, il avait vu seulement 10 % de « fausses récidives ». Mais depuis, d'autres chirurgiens ont vu, après ectomie, jusqu'à 50 % de récidives, HOTZ, 20 %, et LIEK, 30 % de coliques de récidive. »

Donc, les résultats de la cholécystectomie ne semblent pas bien supérieurs à ceux de la cholécystostomie.

SCHMIEDEN, HABERER, BRENNER soutiennent qu'on ne verra pas de récidives dans les cholécystostomies « plus légères » et plus précoces.

« On craint, en laissant la vésicule, qu'il s'y forme de nouveaux calculs. Korte mentionne un cas dans

lequel déjà après quelques mois, de nouveaux calculs s'étaient formés dans la vésicule après cholécystotomie. »

Mais BOYSEN admet que les poussées génératrices de calculs sont rares, 2 ou 3 par vie humaine. PETERSEN admet que la formation de calculs biliaires n'a lieu qu'une fois dans la vie. Il semble aujourd'hui que ces vues soient justes, que l'on admette ou non l'origine hépatique des calculs biliaires (Rovsing).

De plus, à la suite des travaux de ROVSING, des recherches allemandes de HALPERT, KERN, MANTEL, ROSENTHAL, LICHT, KALK, PURSOL, BOKUS, Von LEOPOLD, STERN, HANSEN, BLAISDELL, CHANDLER, on admet couramment, en Allemagne, que les calculs ne naissent pas de la paroi de la vésicule. La lithiase est une diathèse et une diathèse biliaire. Il faut peut-être en chercher l'origine dans un trouble de la fonction hépatique. La cholestérine est à l'origine des calculs. Elle arrive à la vésicule et s'y précipite par un mécanisme encore obscur. Mais dans cette précipitation, le rôle de la paroi vésiculaire semble assez réduit.

Cette constatation semble avoir troublé cliniciens et chirurgiens et atténué la responsabilité de la vésicule qui fut trop longtemps la seule coupable. On est moins fermement convaincu qu'en faisant une cholécystectomie, on réalisera une thérapeutique parfaite et que cette opération soit toujours indiquée.

« Autre argument en faveur de la conservation de

la vésicule, c'est qu'elle est susceptible de réparer ses lésions.

KEHR et ASCHOFF ont affirmé qu'une vésicule biliaire une fois malade, ne peut jamais revenir à la normale. Mais FRIEDMANN a vu des vésicules atteintes de lésions graves se réparer avec de bons résultats durables, après cholécystostomie (85 %).

Des examens histologiques ont prouvé que l'on pouvait avoir *restitutio ad integrum* de l'épithélium et de la muqueuse de la vésicule. Souvent les lésions sont peu marquées, quand il n'y a pas eu de cholécystite.

Un autre argument en faveur de la cholécystectomie, à savoir le peu d'importance physiologique de la vésicule chancelle aujourd'hui.

BRENNER constate « que l'on est sur le point d'acquérir des notions plus précises sur la fonction de la vésicule biliaire » et c'est pour lui un argument en faveur de sa conservation. La vésicule est un organe de résorption et sa motilité ne fait aucun doute. Les résultats de nombreuses recherches ont été publiés par Kalk et Schondube notamment sur la « motilité des voies biliaires », surtout après l'introduction de la cholécystographie.

« Aussi, dit BRENNER, nous devons tendre à conserver cet organe aussi longtemps que cela est possible et la *libérer des calculs par une opération précoce* (cholécystostomie) et ainsi écarter les troubles de sa fonction qui résultent des coliques fréquentes et des

inflammations et rendent la muqueuse incapable de fonctionner. »

« La décision de l'opération sera d'autant plus facile à prendre que l'opération sera moins importante. »

« Je crois que la cholécystostomie est l'opération idéale dans tous les cas de faibles troubles de la vésicule et qu'elle est fondée comme opération précoce et que la simplicité de sa technique ne peut que favoriser sa propagation. »

« La cholécystectomie, qui est l'opération que fait la majorité des chirurgiens allemands aujourd'hui, restera l'opération de choix pour les vésicules fortement altérées. »

Si on admet que la pathogénie des calculs n'est pas liée à une lésion de la paroi de la vésicule, il est bien inutile d'essayer de supprimer la lithiase en extirpant la vésicule biliaire. Le calcul peut se reformer ailleurs et il est inutile de faire courir aux malades les dangers réels d'une cholécystectomie. De plus, puisque les poussées génératrices de calculs sont rares, une opération palliative, peu grave, agissant par drainage des voies biliaires et soulageant la stase hépatique et vésiculaire, est toute indiquée.

Mais la cholécystostomie n'est légitime que si elle s'adresse à des vésicules en bon état, non infectées. L'absence d'infection laisse espérer une guérison définitive et surtout la guérison rapide, sans fistule persistante de l'orifice de cholécystostomie.

Et avec MM. BERARD et MALLET-GUY, on peut admettre que la cholécystostomie semble pouvoir être

tenue comme l'opération de choix dans cette forme qu'ils individualisent sous le nom de lithiasé aseptique, « sans cholécystite », au moins chez les jeunes.

« En poser le diagnostic précis, disent-ils, ouvre la discussion sur la meilleure intervention à pratiquer. Si la cholécystectomie ne se discute pas, toutes contre-indications étant supposées absentes, lorsque le cercle vicieux de la cholécystite chronique est déjà amorcé, il nous semble que l'on soit en droit ici d'en discuter la légitimité.

« Sans doute est-il tentant, percevant nettement des calculs à travers des parois souples et non adhérentes, de régler leur sort par une cholécystectomie, d'autant plus brillante et de suites d'autant plus simples que la vésicule est moins malade. Mais, *a priori*, enlever la vésicule nous semble ici une mutilation excessive.

« L'ablation simple des calculs, la cholécystostomie, avec drainage maintenu quinze jours, nous paraît mieux proportionnée aux lésions, ou, plus exactement, à l'absence de lésions vésiculaires.

« Nous ne nous dissimulons point que ces deux propositions pourront paraître excessives aux médecins, pour qui le traitement de la lithiasé vésiculaire non compliquée reste essentiellement médical, et rétrogrades aux chirurgiens, qui voient dans la cholécystectomie systématique l'idéal thérapeutique de toute affection vésiculaire.

« C'est peut-être justement cette règle, généralement suivie, de conduite chirurgicale qui fait hésiter le médecin à poser précocement, avant tout accident infectieux, une indication opératoire : malgré tous les

progrès réalisés, malgré la certitude que techniquement l'opération sera parfaitement menée; il reste pour lui un risque et qui, à la vérité, n'est pas niable, si faible soit-il, et il ne peut, sachant que l'on fera une cholécystectomie, prendre la responsabilité de l'indication opératoire systématiquement précoce. La cholécystostomie, au moins aussi légitime *a priori*, dans la lithiase « aseptique » de la vésicule, a pour elle cet immense avantage d'une entière bénignité, comparable certainement à celle d'une appendicectomie à froid. Et, faite sur une vésicule saine, elle ne peut laisser une fistule durable.

« En l'absence de directives pathogéniques, en l'absence également de statistiques susceptibles d'indiquer la valeur éloignée d'une telle opération, ces arguments, croyons-nous, suffisent à justifier la conduite thérapeutique que nous proposons à l'égard de la lithiase vésiculaire sans cholécystite. »

Si on admet la cholécystostomie comme opération de choix de la lithiase non infectée, si on en fait le procédé habituel de « l'opération précoce systématique », il paraît certain que la mortalité des interventions préventives deviendra nulle. Et avec cette disparition de la mortalité tombera la principale objection contre l'opération précoce préventive. Le chirurgien pourra toujours conseiller une intervention aussi bénigne.

Nous ne voulons pas reprendre les arguments en faveur de la cholécystostomie, défendue par Bérard et Mallet-Guy. Mais si l'on peut, au début de la lithiase, offrir au malade une opération sans danger,

qui l'immobilise peu de temps, le fera peu ou pas souffrir, toutes ses hésitations seront vaincues.

Comme disent les chirurgiens allemands : « C'est surtout une position à prendre vis-à-vis de l'intervention précoce systématique, comme on l'a prise vis-à-vis de l'appendicite. »

Exploration fonctionnelle des voies biliaires et opération précoce

Beaucoup de chirurgiens et de médecins, dans les articles que nous avons eu sous les yeux, formulaient le souhait de voir les méthodes modernes d'exploration apporter une aide précieuse au diagnostic des affections lithiasiques et à leur traitement, en précisant les indications d'intervention.

Ce souhait semble être réalisé en ce qui concerne les méthodes radiologiques. La cholécystographie a été mise à contribution par les chirurgiens allemands. Et dans ces dernières années de très nombreuses publications allemandes ont précisé, tant la technique que les indications que l'on pouvait attendre de la méthode de Graham. Nous ne savons pas jusqu'à quel point ils s'en sont servis pour l'exploration fonctionnelle de la vésicule.

Mais cette méthode, à elle seule, ne suffit pas et l'on peut demander beaucoup, semble-t-il, au tubage duodénal.

L'épreuve de Meltzer-Lyon est très connue et utilisée en Allemagne ; l'usage en est fort courant en

clinique. Mais elle reste beaucoup plus utilisée par les médecins que par les chirurgiens.

Les médecins ont fondé de grands espoirs sur l'utilisation en thérapeutique du tubage duodénal. Ils l'ont essayé dans toutes les affections vésiculaires, voyant en elle le procédé idéal qui leur permettrait de ne faire que rarement appel au chirurgien.

Deux médecins allemands ont insisté sur l'intérêt du tubage duodénal dans le diagnostic et le pronostic des affections biliaires.

Schöndube et Kalk ont appliqué la méthode de Meltzer-Lyon au diagnostic différentiel des maladies des voies biliaires extra-hépatiques. Ils ont fait de nombreux tubages au lit du malade en se servant surtout de l'hypophysine (avec laquelle ils obtiennent de plus énergiques réponses qu'à l'aide du sulfate de magnésie). Ils ont étudié la motilité normale et pathologique de la vésicule chez l'homme et en ont retenu les résultats pratiques.

Schöndube a surtout étudié un groupe particulier d'affections des voies biliaires, ce qu'il appelle les « maladies dyskinétiques des voies biliaires » où la vésicule et les voies biliaires sont exemptes de calculs et d'inflammation. « Dans ces maladies dyskinétiques, plusieurs sortes de mécanismes conduisent plus ou moins au tableau clinique de l'accès de lithiase biliaire ou de troubles de lithiase. »

Schöndube et Kalk pensent que l'on peut, par la méthode du tubage duodénal, « délimiter les indications du traitement interne actif ou passif par rapport à celles du traitement chirurgical ». D'une façon gé-

nérale, il faut refuser le traitement chirurgical lorsqu'il s'agit de véritables maladies dyskinétiques. Seront à conserver en principe les vésicules qui ne semblent pas avoir perdu leur activité fonctionnelle, c'est-à-dire celles qui donnent, par le tubage duodénal, de la bile B et toutes celles qui sont améliorées par le tubage répété : ces vésicules appartiennent au traitement interne. Celles qui ne donnent pas de bile B ou en donnent par intermittence, et encore une bile de composition anormale, relèvent plutôt du traitement chirurgical.

Mais il y a certainement plus à tirer de cette épreuve que ces indications générales.

MM. BERARD, MALLET-GUY et VACHEZ ont particulièrement étudié l'« épreuve de Meltzer-Lyon et les indications chirurgicales ».

Nous n'en retiendrons que les renseignements que cette méthode d'exploration fonctionnelle, jointe à la cholécystographie, fournit dans certaines formes de lithiase, dans la « lithiase sans cholécystite » qu'ont bien individualisé MM. Bérard et Mallet-Guy et pour le traitement de laquelle ces chirurgiens proposent « l'opération précoce ».

Par le tubage duodénal systématique chez le malade souffrant de sa vésicule, on constate que :

« Parfois l'épreuve de Meltzer-Lyon est douloureuse, voire même très douloureuse ; mais l'état du malade n'est pas modifié par le tubage duodénal ou les tubages duodénaux répétés. L'apparition de bile B, une épreuve de Graham montrent un état fonctionnel de

la vésicule sensiblement normal. Les douleurs sont sans doute liées à une lithiase aseptique de la vésicule », et qui constitue une indication opératoire évidente, bien précisée par la cholécystographie.

« Tenter d'indiquer quelques règles opératoires d'après le tubage dans les cas de calculose, c'est essayer d'établir une *classification physiologique des vésicules lithiasiques*. »

La classification que ces auteurs proposent comprend cinq groupes :

1° Les vésicules saines avec calculs ;

2° Les cholécystites aiguës par blocage cysticopylique ;

3° Cholécystites chroniques douloureuses à l'épreuve de Meltzer-Lyon ;

4° Cholécystites chroniques sans bile B ni douleur à l'épreuve de Meltzer-Lyon ;

5° Les cholécystites aiguës sur vésicule inerte.

Chacun de ces groupes comporte une sanction thérapeutique particulière.

Seules les *vésicules saines sans calculs* relèvent du traitement opératoire précoce. Et pour être autorisé à faire une cholécystostomie, il faut avoir le tableau clinique et les résultats d'exploration fonctionnelle suivants :

« Cliniquement, syndrome pur de coliques hépatiques, sans élément infectieux surajouté. Au tubage duodénal, douleurs parfois très vives, déclanchées par l'épreuve de Meltzer-Lyon, souvent bile B, d'ailleurs quelque peu anormale. Radiographiquement, ombre

vésiculaire au tétraiode, généralement peu dense, où se détachent en blanc les dessins des calculs. Ceux-ci sont mobiles et des clichés successifs le prouvent, qui montrent également la réalité de la contraction vésiculaire et de son intégrité fonctionnelle. »

Ce sont ces méthodes d'exploration fonctionnelle qui semblent justifier l'opération précoce systématique telle que la conçoivent MM. Bérard et Mallet-Guy. A en juger par leurs observations et les résultats qu'ils ont obtenus, on pourra se contenter de la cholécystostomie quand l'exploration fonctionnelle montrera l'intégrité fonctionnelle de la vésicule ; la cholécystostomie aura l'avantage, en plus de sa simplicité et de son peu de danger, de ne pas laisser de fistule.

CONCLUSIONS

I. — De très nombreuses publications allemandes, provoquées par le Congrès Allemand de Chirurgie de 1923, puis par les enquêtes menées par Brandenburg et Von Bergmann, laissent apparaître une tendance assez générale vers l'opération précoce systématique dans la lithiase vésiculaire.

II. — Cette évolution des indications chirurgicales en Allemagne n'a pas été suivie par les chirurgiens français ; il est d'autant plus intéressant de chercher à préciser la valeur de cette opération précoce systématique d'après les travaux publiés en Allemagne.

III. — Si, en Allemagne, l'accord est réalisé pour intervenir précocement et systématiquement dans les cholécystites aiguës, il semble bien que nombre de chirurgiens de langue allemande et la plupart des médecins refusent encore l'intervention opératoire, chaque fois que celle-ci n'est pas imposée par l'échec confirmé de la thérapeutique médicale ou par le caractère plus grave de l'évolution.

IV. — La grande majorité des chirurgiens allemands restent fidèles à la cholécystectomie, et la cholécystostomie n'est proposée que par quelques-uns, pour ces malades qu'on opère précocement et auxquels il serait illégitime d'imposer un risque opératoire.

V. — Il n'apparaît pas que les travaux chirurgicaux allemands aient fait une grande place dans la détermination de ces indications opératoires précoces aux méthodes d'exploration fonctionnelle des voies biliaires, le tubage duodénal et la cholécystographie.

VI. — Et c'est bien par l'utilisation régulière du tubage duodénal et de la cholécystographie que peut, semble-t-il, progresser l'idée de l'opération précoce dans la lithiase biliaire, opération préventive des complications éloignées.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD.

Vu :

LE DOYEN,

Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Novembre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

Pour le Recteur et par délégation :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
KLEINCLAUSZ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANSCHUTZ. — Die Frühopération der Gallensteine. *Umfrage. Antworte Medizinische Klinik Wochench.* Berlin, p. 1765, n° L, 1924.
- Les chances opératoires des maladies des calculs biliaires. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.* Band CC. p. 3009, 1927.
- Bericht über den Frankfurter Chirurtag. *Zentralbl. f. Chirurg.* Bd. L, p. 243-257, 1927.
- ASCHOFF. — Ueber die Kausale und formale genese der Gallensteine. *Wien. med. Woch.*, 1926, p. 3.
- BAUER et HAKKI. — Trente neuf cas de cholecystectomie à chaud pour cholecystites aiguës lithiasiques. *Revue de Chirurgie*, t. LXIX, p. 119-145, 1931.
- BÉRARD et MALLET-GUY. — Chirurgie et lithiasé aseptique de la vésicule biliaire. — Lithiasé vésiculaire sans cholecystite. *Presse Médicale*, 2 avril 1932, XXVII, p. 507.
- Résultats cliniques et physiologiques éloignés d'une cholecystostomie pour lithiasé vésiculaire. *Société de Méd. et Sciences méd.*, 20 mars 1929. *Lyon Médical*, 1929, CXLIV, p. 70-71.
- L'exploration radiologique des cholécystostomies. Méthode d'analyse fonctionnelle des voies biliaires. Le transit biliaire normal et ses types physio-pathologiques. *Revue de Chirurgie*, 1929, LXVIII, p. 614-645.
- *Exploration fonctionnelle des voies biliaires et chirurgie*, Masson, 1932.
- Sur la physiologie pathologique des séquelles de la cholecystectomie. *Congrès de la lithiasé biliaire*. Vichy, 1932.

- BÉRARD, MALLET-GUY et VACHEZ. — Epreuve de Meltzer Lyon et indications chirurgicales ; essai de classification physio-pathologique des vésicules biliaires. *Journal de Médecine de Lyon*, t. XI, p. 201-207, 1930.
- BERG (H.-H.). — Zur Klinik der Gallensteinkrankheit. *Deutsche méd. Wchnschr.* Leipz. u. Berl., 1925, Li, 651-653.
- BERGMANN (V.). — Die cholezystopathien. *Deutsche méd. Wchnschr.* Leipz, 1926, Lii, 1757-1801.
- Die funktionellen Störungen in den Gallenwegen und ihre Bedeutung für die Pathologie der Gallenblasenerkrankung. *Méd. Klin. Berl.*, 1924, XX, 1482.
- BIEBL. — Bericht über Gallenoperationen von 10 Jahren mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation und der T. Draniage. *Deutsch. Zeitschri. f. Chirurgie.* Leipz., 1924-1925, CXXXIX, 283-306.
- BRANDENBURG. — Umfrage. Die Frühoperation des Gallensteine. *Medizinische Klinik.* Berl. 1924, XLVIII.
- BRAUN (A.). — Doppelbildung der Gallenblase. *Zentralblatt f. Chirurgie*, LIII, 1926, n° 17, 24 avril, p. 1055.
- BRUHL. — Beitrag zur Frage die Entstehung und Entwicklung der Gallensteine. *Beit. z. path. anat. u. z. allerg Pathol.*, 1925, p. 294.
- BRENNER. — Die ideale Cholecystostomie. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1929, Bd. XLII, p. 476-477.
- BUDINGER. — Stauungsgallenblase, mechanische Cholecystis, Umkippen der Gallenblase. *Wien. Klin. Woch.*, April 1929, p. 477-481.
- COTTE et ROLAND. — La cholecystectomie sous-séreuse idéale. *Revue de Chirurgie*, t. LXIX, 1931, p. 1.
- COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et ses complications. *Thèse de Lyon*, 1925-1926.
- ENDERLEN. — Indikation und Ausführung der Gallensteinoperation. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, 1923, 264-283, CXXVI.
- Die Frühoperation der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Méd. Klin. Wochen.* Berlin, 1924, L, p. 1764.

- EWALD. — Indications chirurgicales de la lithiase biliaire. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1929, Bd. LXXIX, p. 1315-1318.
- Récidives après opérations sur la vésicule biliaire. *Wien. klin. Woch.*, n° 13, 25 mars 1932, p. 404.
- FINISTERER. — Die Frühoperation der Gallensteine. *Méizinische Klinik Wochenschrift*. Berlin, 1924, LI, p. 1803 et LII, p. 1832.
- GOSSET. — Quelques réflexions sur la chirurgie des voies biliaires. *Société de Chirurgie de Paris*, 21 mai 1930. Masson et C^{ie}, Paris, p. 664.
- GUNDERMANN. — Beitrag für Bacteriologie und pathologie der chirurgischen Erkrankungen der Gallenwege. *Mitt. a. Greuzgeb. d. Med. u. Chir.* Jena, 1923, Bd. XXXVII, p. 243-262.
- HABERER (V.). — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire. *Ztschr. f. arztl. forbild.* April, 15, 1930, XXVII, p. 241-249.
- HARTMANN. — *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, 5^e série. Masson et C^{ie}, 1923.
- HEIDENHAIN. — Über die Operationsangeigen bei Gallensteinleiden. *München méd. Wchnschr.*, LXVIII, 1921, 1239-1242.
- Courtes remarques pour la clinique des maladies des calculs biliaires. *Klinische Wochenschrif*, XXII, 1922, p. 1506.
- HOTZ. — Die Frühoperation der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Méizinische Klinik Wochen.* Berlin, II, 1925, p. 46.
- Ergebnisse der Gallensteinchirurgie. *Archiv. für Klinische Chirurgie*. CXXVI, 1923, p. 284-307.
- JAGUTTIS. — *Mitt. a. d. Greugeb. d. Méd. u. chirurg.*, 1926, XXXIX, p. 102.
- KALK. — Funktionelle Gallenwegsdiagnostik. *Ztsch. f. arztl. Fortbild.* Oct. 1 et 15 1930, XXVII, p. 620.
- KALK, SCHÖNDUBE. — Beiträge zur Motilität der Gallenwege *Munch. Med. Woch.*, 1926, p. 353.

- KAPPIS. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Méizinische Klinik Wochen*. Berlin, L, 1924, p. 1763.
- KEHR. — Die Praxis der Gallenwege chirurgie in Wort. und Bild. Die Vorbereitungen zu einer Opération an den Gallenwegen und die allgemeine Technik der Gallenwege-Chirurgie. *Münche J. F. Lehrmann's Verlag*, 1913. Résultats de 2 opérations sur les voies biliaires. *Verhandl. der Deutsche Gesellochaft fur Chirurgie*, 1913, p. 273.
- Indications du traitement médical et du traitement chirurgical dans la cholelithiase. *Bull. Klin. Woch.*, t. XLIX, n° 24.
- KIRSCHNER und KURTZAHN. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Méizinische Klinik Wochen*, LI, 1924, p. 1806.
- KIRSCHNER. — Wann sollen wir die Gallensteinkranken opérieren? *Zentralblatt für Chirurgie*. Leipzig, 1924, III, p. 83-86.
- Exposé clinique. Le traitement des maladies des calculs biliaires. *Deutsche Méizinische Wochenschrift*, 1918, XXIV, p. 650 et XXV, p. 701.
- KORTE. — Wandlungen auf dem Gebiet der Gallenstein chirurgie. *Zentralblatt für Chirurgie*. Leipz., 1924, III, p. 86-92.
- Drei erkrankungen der Gallenwege und ihre chirurgische behandlung. *Méizinische Praxis*, 1928, Band IV.
- KREHL. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Méizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, L, p. 1764.
- KUTTNER. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. *Méizinische Klinik Woche*. Berlin, 1925, IX, p. 316.
- Die Frühopération an den Gallenwegen (con. Standunkt der internisten betrachtet). *Méd. Klin.* Berlin, 1924, XLVIII, 1685-1689.
- Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Méizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, L, p. 1764.

- LAWEN. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, XLVIX, 1928.
- LECÈNE. — Thérapeutique de la lithiase biliaire. *Thérapeutique chirurgicale*. Masson et C^{ie}, 1926, 183-196.
- LEROUDIER. — Documents pour l'étude formative des cholecystostomies. *Thèse de Lyon*, 1928.
- LEUSDEN. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Médizinische Klinik Wochen*, 1924, LI, p. 1805.
- MACK. — Die Cholecystotomies der Heidelberg chirurgischen Klinik, 1901-1906. *Beit. E. Klin. Chir.*, t. LVII, p. 535.
- MATTHES. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, XLIX, p. 1727.
- MINKOWSKI. — Thérapeutique de la lithiase biliaire. « *Traité de Médecine interne de Mering* ». *Verlag von Julius Springer*. Berlin, 1918.
- MORAWITZ. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, L, p. 1765.
- MOSZKOWICZ. — Die Frühopération an den Gallenwegen. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, XLVIII, p. 1689.
- OEHLECKER. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1925, III, p. 86.
- PERTHES. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, XLIX, p. 1729.
- PRIBRAM (B.-O.). — *Fortschrift d. Therap.* Bd. I, 1930, p. 105-113.
- RINGAL und KLEINSCHMIDT. — Ueber die Indikation für Gallenstein opération. *Deutsche Ztschr. f. chir.* Leipz., 1923, CLXXX, p. 1 à 26.
- ROSENBAU und WIESEN. — Indikationsstellung zu chirurgischen Eingriffen an den extrahépatischen Gallenwegen. *Deutsche zeit. chir.*, 1930, u. 224.

- ROVSING. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1925, I, p. 17.
- *Pathologie des calculs biliaires et indications opératoires*. Masson, édit., 1928.
- SCHILD. — Praktische Bermerkungen zur Gallenstein. Therapie. *Fortsch d. méd.*, 1925, p. 261.
- SCHLOFFER. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1925, I, p. 17.
- SCHMIEDEN. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, XLIX, p. 1728.
- SCHMIEDEN und ROHDE. — *Archiv. Klin. Chirurg.* Leipzig, 1925, CVII, p. 1343-1356.
- SCHMIDT. — Cholélithiase. *Méd. Klin.* Berlin, XXVI, n° 28, 11 juillet 1930, p. 1227.
- SCHÖNDUBE. — Neuere Untersuchungen auf den Gebeit der leber Gallenwegs und Pankreuskrankungen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, t. I, Bd. LVI, 1930, p. 878-922-965.
- SCHÖNDUBE und KALK. — Ueber moderne Méthoden in der Gallenblasenerkrankungen. *Méd. Klin.* Berl., 1925, XXI, p. 1949 à 1952.
- SCHUR. — Traitement de la lithiase biliaire. *Wien. Klin. Woch*, n° 51, 18 décembre 1931.
- STICH. — Dil Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, XLIX, p. 1728.
- Activité ou passivité du chirurgien dans l'accès de calculs biliaires. Clinique chirurgicale de Gottingen. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1927, Band CC, p. 302.
- TALLQWIST. — *Zentralorg. f. chirurgie.*, 1924, XXX, p. 115-119.
- UMBER. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Médizinische Klinik Wochen*. Berlin, 1924, XLIX, p. 1728.

VACHEZ. — Tubage duodenal et indications thérapeutiques.
Thèse Lyon, 1929.

VOIT. — Die Frühopération der Gallensteine. Umfrage. Antworten. *Méizinische Klinik Wochen.* Berlin, 1924, L, p. 1765.

WALZL. — Technik der Eingriffe am Gallensystem. *Alpen-Chirurgentag*, 1928.

ZANDER. — *Das für und wider der chirurgischen Behandlung der Gallenopérations.* Leipzig. Thienie, 1930, p. 89.

ZOPPFEL. — Appendicite et lithiasé biliaire. *Klinik Wochenschrift*, 1922, XII, p. 583.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	11
Conceptions, aujourd'hui classiques en France, des indications chirurgicales dans la lithiasé vésiculaire....	45

PREMIÈRE PARTIE

Les documents contemporains de la Langue Allemande

L'évolution de la question en Allemagne, jusqu'en 1923	19
« L'opération précoce », au 47 ^e Congrès Allemand de Chirurgie (1923)	35
Les enquêtes ouvertes par Brandenburg et Von Bergmann (1924-1925)	47
Evolution de la question depuis 1925.....	73

DEUXIÈME PARTIE

Problèmes thérapeutiques en discussion dans les travaux contemporains de Langue Allemande

Le problème de l'opération précoce systématique.....	87
Cholécystectomie ou cholécystostomie dans l'opération précoce	93
Exploration fonctionnelle des voies biliaires et opération précoce	101
CONCLUSIONS	106
BIBLIOGRAPHIE	108

